FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1901 — N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Vendredi 19 juillet 1901 à 1 heure

PAR

A. CELLARD

Curage

DU

CANCER DE L'UTÉRUS INOPÉRABLE

Président : M. TILLAUX,

Juges : MM. BROCA, DELENS, LEJARS.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical

PARIS
LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE
JULES ROUSSET
PARIS. — 36, Rue Serpente. — PARIS

1901

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1901

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Vendredi 19 juillet 1901 à 1 heure

PAR

A. CELLARD

Curage

DU

CANCER DE L'UTÉRUS INOPÉRABLE

Président : M. TILLAUX,

Juges : MM. { BROCA, DELENS, LEJARS.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical

PARIS
LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE
JULES ROUSSET
PARIS. — 36, Rue Serpente. — PARIS
1901

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL. BRISSAUD
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils	BERGER.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	LANDOUZY.
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE.
Patholcgie expérimentale et comparee	CHANTEMESSE.
Clinique médicale	DIEULAFOY. DEBOVE. JACCOUD. HAYEM.
Maladie des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	DUPLAY. LE DENTU. TILLAUX. TERRIER.
Clinique des malad. des voies urinaires	GUYON.
Clinique opthalmologique	PANAS.
Clinique d'accouchements	BUDIN. PINARD.
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurg. infantile	KIRMISSON

Agrégés en exercice.

MM. ACHARD, ALBARRAN, ANDRÉ, BONNAIRE, BROCA AUG., BROCA AND., CHARRIN., CHASSEVANT, DELBET., DESGREZ., DUPRÉ.

MM. FAURE., GAUCHER, GILLE DE LA TOURETTE, HARTMANN, HEIM, LANGLOIS, LAUNOIS, LEGUEU, LEJARS

MM. LEPAGE, MARFAN, MAUCLAIRE, MENETRIER, MÉRY, REMY, ROGER, SEBILEAU, TEISSIER

MM. THIERY, THIROLOIX, THOINOT, VAQUEZ, VARNIER., WALLICH, WALTHER, WIDAL, WURTZ

Chef des Travaux anatomiques . . . . M. RIEFFEL

Secrétaire de la Faculté : M. le Docteur Ch. PUPIN.

A LA MÉMOIRE DE MES PARENTS

A MES SŒURS ET MES BEAUX FRÈRES

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TILLAUX

Membre de l'Académie de médecine
Chirurgien de la Charité
Commandeur de la Légion d'honneur



CHAPITRE PREMIER

Introduction

Les chirurgiens n'ont pas toujours été d'accord sur l'utilité d'une intervention palliative dans le cancer de l'utérus inopérable.

L'abstention systématique fut longtemps de règle; c'était la conséquence de cette idée alors très répandue que tous les moyens employés étaient plus nuisibles qu'utiles.

Puis, les opérateurs pensèrent à combattre les symptômes les plus inquiétants; c'est la période des essais thérapeutiques au nombre desquels se place le curage utérin (1).

(1) Nous avons employé comme synonymes, deux mots qui sont équivalents d'après la plupart des auteurs, mais entre lesquels il existe pourtant une différence de degré.

Le curettage implique l'idée d'une ablation complète de la muqueuse; il exige le cri utérin.

Le curage est un simple évidement d'une cavité obstruée,

Au XVIe siècle, Ambroise Paré conseillait déjà « d'user de cure palliative pour adoucir la fureur du chancre de la matrice. »

Plus tard, en 1846, Récamier inventait sa curette et l'employait à détruire « certaines fongosités et granulations de la cavité utérine. » On étendit bientôt son emploi au curage de l'utérus cancéreux. Maisonneuve, Demarquay, Follin, défendirent la nouvelle méthode contre Michon, Cloquet et Aran. Celui-ci regardait cette opération comme « pratique hasardeuse ». Becquerel ne voyait en elle qu'une intervention « inutile et barbare. »

Cette opinion était justifiée. « C'était l'époque, dit Terrillon, où le plus petit traumatisme était la source des complications les plus graves : phlébite, péritonite, infection purulente », et Demarquay ne voyait dans le curage de l'utérus cancéreux qu'une méthode applicable aux seuls cas de rétention cavitaire.

En 1872, Simon invente une cuiller et l'applique au traitement des tumeurs malignes de l'utérus. Deux ans après, Braun, Carl Schrœder, Olshausen font couramment le curettage dans des cas semblables.

un acte chirurgical modéré, un raclage prudent qui ne cherche pas même la limite des tissus sains.

Il figure dans le titre de cette thèse, car il s'applique à des lésions inopérables.

Hegar et Kaltenbach (1), dans un article sur le « raclage des tumeurs et proliférations étalées sur la surface interne de la matrice », recommandent cette opération comme traitement palliatif du sarcome et du carcinome, et en donnent la technique; mais, dit Hegar, pour que l'opération soit possible, il faut que le néoplasme soit limité à la muqueuse utérine et notamment à celle du col.

Puis, la question est reprise et mise au point par Terrillon (2) qui, après avoir indiqué les cas dans lesquels le curage lui paraît nécessaire donne de cette intervention un manuel opératoire très détaillé.

Carl Schrœder (3), partisan de la méthode nouvelle, prétend cependant en 1886 que si « les végétations cancéreuses ont envahi les parois de la vessie, ou, s'il y a danger que la curette détruise les uretères ou pénètre dans la cavité abdominale, on fera mieux de s'abstenir de toute intervention opératoire ». Condamin écrit : « On admet généralement que le cancer de

(1) Hegar et Kaltenbach : *Gynécologie opératoire*. Traduction de Paul Bar (1885), page 421.

(2) Terrillon : *Leçon clinique sur le raclage de l'utérus, In Bulletin de thérapeutique*, septembre 1885.

(3) Carl Schrœder : *Maladies des organes génitaux de la femme*.

l'utérus ayant dépassé les limites de l'organe n est plus justifiable que de la morphine. »

Depuis, plusieurs thèses et de nombreuses communications ont été faites sur la question ; nous en verrons l'énumération au chapitre du manuel opératoire. Leurs auteurs admettent tous qu'il n'y a pas de traitement palliatif réel et profitable dans le cancer utérin inopérable sans curage préalable.

Schwartz, en 1891, prescrit de toujours intervenir dans ce cas. « Lorsque dans un cancer de l'utérus, l'extirpation totale ou partielle est contre-indiquée, soit par des signes de généralisation, soit par la constatation de la prise du vagin, de la vessie, du rectum et des ligaments larges, le chirurgien n'en a pas moins le devoir de soulager sa malade et de pallier si possible, les symptômes produits par le cancer. »

C'est également l'opinion émise par le professeur Pozzi, dans son traité de gynécologie et la ligne de conduite adoptée par la majorité des opérateurs actuels.

Le résumé historique que nous venons d'esquisser, nous montre cette opération d'abord inutile, ensuite possible, puis souvent justifiée, enfin nécessaire.

(1) Schwartz : *Rev. gén. de Clin. et de Thérap.*, Paris, 1891, n° 8, p. 113. *Curettage appliqué au traitement des cancers de l'utérus ; ses accidents.*

D'accord avec la plupart des chirurgiens, nous proposons le curage de l'utérus dans les épithéliomas inopérables.

Après avoir passé en revue les indications opératoires, nous dirons quelques mots des contre-indications. Dans la technique nous insisterons sur certains points qu'il nous a semblé indispensable de mettre en relief.

Les observations ont été recueillies à l'Hôpital Boucicaut, dans le service de M. Gérard-Marchant, qui a bien voulu mettre à notre disposition ses registres d'opérations. Nous ne saurions trop le remercier de son extrême amabilité et de sa grande bienveillance.

M. Bazy, de l'Hôpital Beaujon, a bien voulu nous donner deux observations qui ont été recueillies par son interne, M. Mouchotte ; qu'ils soient assurés de notre entière reconnaissance.

M. Demoulin nous a donné des renseignements sur les résultats éloignés de quelques malades qui sont revenues le trouver à la consultation de l'Hôpital Boucicaut ; nous ne pouvons oublier le service qu'il a bien voulu nous rendre.

Je remercie le professeur Tillaux du grand honneur qu'il me fait en acceptant la présidence de cette thèse.

CHAPITRE II

INDICATIONS

Afin de pouvoir discuter les raisons qui nous font préférer le curage de l'utérus aux moyens palliatifs employés autrefois dans le traitement de l'épithélioma inopérable, qu'il nous soit permis de rappeler les signes cardinaux du cancer utérin.

Nous insisterons sur les troubles qui, par leur gravité mettent la vie des malades en danger de mort rapide, en leur rendant l'existence insupportable.

A propos de ces divers symptômes, nous parlerons des moyens palliatifs employés contre chacun d'eux, et nous mettrons en regard les avantages que présente le curage de l'utérus.

Celui-ci est connu depuis longtemps ; mais lorsqu'on songe aux bons résultats qu'il peut donner, on arrive à cette conclusion qu'il faut en vulgariser l'emploi.

A. — *Les hémorrhagies* constituent un des symptômes essentiels de tout néoplasme utérin. Inutile d'insister sur leur fréquence et leur abondance ; elles

effrayent la malade et l'entourage, et peuvent amener très vite l'amaigrissement, la cachexie, des syncopes répétées et la mort.

On a lutté depuis fort longtemps contre ce symptôme d'une gravité immédiate. Les moyens palliatifs employés ont une valeur inégale ; quelques-uns sont excellents, mais, tous ont le défaut de s'appliquer difficilement sur les surfaces atteintes ; cela tient à la grande prolifération des tissus fongueux qui oblitèrent la cavité utérine.

Le fer rouge a été employé un des premiers. Les cautères anciens, de formes variées (massue, olive, roseau) ont cédé la place au thermocautère ; mais le couteau ordinaire manque de largeur ; il faut utiliser de préférence une tige spéciale, cylindrique, non effilée, dont la surface rayonnante est plus étendue.

La cautérisation au fer rouge est donc un excellent hémostatique ; mais il faut qu'elle soit précédée par un curage des surfaces envahies. Celles-ci sont recouvertes de bourgeons cancéreux vasculaires qui saignent à la moindre occasion et dont la destruction atténue ou fait disparaître l'écoulement sanguin.

Dans le manuel opératoire nous reviendrons sur ce point et nous verrons les avantages de ces méthodes combinées.

Les injections chaudes ont été aussi préconisées ;

soit l'eau bouillie simple à 48° ; soit l'eau chaude plus ou moins chargée de substances antiseptiques. Elles agissent mécaniquement sur les parois vasculaires en mettant en jeu la contractilité des artérioles et des vaisseaux capillaires.

Leur action antiseptique sur une cavité infectée et toxique n'est plus à démontrer ; elles ont donné d'excellents résultats dans bien des cas où l'ergot de seigle administré souvent d'une façon intempestive est resté sans effet.

Cependant l'injection hémostatique ne peut avoir son maximum d'action que sur une surface mise à nu par le curage préalable. Celui-ci détruit en partie le foyer hémorrhagique créé par les bourgeons cancéreux et permet au liquide chaud et antiseptique d'agir sur les couches profondes de la muqueuse déjà moins vasculaire.

Ainsi seulement, s'exerce l'action bienfaisante de l'irrigation utérine, soit comme adjuvant du curage contre les pertes sanglantes, soit comme traitement consécutif.

Citons pour mémoire le perchlorure de fer injecté dans la cavité utérine ou associé au tamponnement vaginal ; l'ergot de seigle, toujours inutile (1), souvent

(1) Pozzi. In Traité de Gynécologie. Page 419.

dangereux, et différentes substances médicamenteuses qui agissent comme hémostatiques en modifiant l'état de la muqueuse et en diminuant les sécrétions utérines (voir plus loin à propos des écoulements séro-sanguins).

Enfin, comme moyen radical, on a proposé la ligature des artères utérines. Ces ligatures, dites atrophiantes, dirigées d'abord contre les hémorrhagies des fibromes, l'ont été aussi contre celles de l'épithélioma utérin. Mais ici nous ne considérons que les cancers de l'utérus inopérables chez des femmes le plus souvent cachectisées, avec propagations multiples et envahissement des ganglions pelviens. Cette opération, le plus souvent impraticable dans ces cas avancés, ne peut être mise en parallèle avec le curage utérin. Celui-ci n'aggrave pas l'état général de la malade, n'exige pas ordinairement d'anesthésie profonde ; il nous semble donc préférable de ne pas faire cette tentative toujours dangereuse.

B. — Les *écoulements séro-sanguinolents* (leucorrhée cancéreuse, eau rousse) constituent le second symptôme important de l'épithélioma utérin. On connaît ces pertes abondantes, tachant le linge, odorantes, occasionnant souvent une irritation de voisinage soit vulvaire, soit à la racine des cuisses.

Outre l'état d'épuisement que ces écoulements dé-

terminent souvent, ils ont par leur odeur une influence considérable sur la malade et l'entourage : l'appétit diminue, le moral est atteint et le suicide fréquent.

Cette leucorrhée cancéreuse qui « épuise les malades à l'égal des hémorrhagies » a, comme celles-ci, été combattue. On a dirigé contre elle soit des lavages, soit des cautérisations sous forme de topiques et de caustiques.

a). — *Lavages*. — La plupart des antiseptiques ont été essayés en injections vaginales ou intra-utérines.

Vulliet (2) a proposé la dilatation préventive du col ; de cette façon on évitait la rétention et la résorption cavitaire, et le liquide introduit exerçait son action sur toute la surface interne de l'utérus.

Ces injections avaient pour but de désinfecter la matrice en supprimant les causes d'intoxication, et l'odeur des sécrétions.

Aussi a-t-on employé successivement le sublimé au 1/1000 avec ou sans vinaigre aromatique ; l'acide phénique en solution très faible (au 1/100) ; la liqueur de Labarraque ; le permanganate de potasse au 1/000, bien supporté, très désinfectant, mais d'action fugace ; le sulfate de cuivre sous forme de laurénol ; le chloral à 4 p. 100 ; l'icthyol ; le pétrole employé pour la pre-

(2) Vulliet. — Nouvelles Annales d'obstétrique, page 604.

mière fois par Desprès; enfin le coaltar et le chlorure de chaux prôné par Chamberland et Fernbach.

b). — *Topiques.* — Les pansements intra-utérins (topiques) ont eu leur application : l'iodoforme seul, la glycérine ou la gaze iodoformée; la térébenthine employée à la clinique gynécologique de Genève, dont Cordes (1) a vanté les qualités et donné le mode d'emploi; le térébène de Bétrix; le chlorate de potasse; l'extrait de grande Chélidoine (à l'étranger surtout), se sont succédés dans la pratique gynécologique. Le chlorate de soude a été préconisé. Boucher (2) (de Rouen), en règle l'emploi de la façon suivante : Après des cautérisations au perchlorure de fer, on fait un pansement vaginal imbibé de la solution suivante :

Chlorate de soude. . .	4	grammes.
Glycérine	60	id.

Quatre grammes sont également donnés par la voie stomacale et plus tard le pansement précédent est remplacé par une insufflation de la poudre suivante :

Iodoforme.	5 grammes.
Sous-nitrate de bismuth .	ââ 10 grammes.
Chlorate de soude.	

(1) Cordes. Congrès de Washington, 1887.

(2) Boucher (de Rouen). Normandie médicale, 1er août 1890.

c). — *Caustiques.* — Les caustiques proposés sont nombreux. L'utilité du chlorure de zinc est admise sans conteste. Il fut d'abord employé en Amérique et en Angleterre.

Sims, après curage, se sert de tampons imbibés d'une solution de chlorure de zinc à 30 p. 100. Après lui, Playfair et Currier en recommandent l'emploi. En France où son usage se répand bientôt, il est utilisé de préférence sous forme de pâtes dont les plus connues sont la pâte de Canquoin et le caustique de Filhos.

Cauquoin, Bonnet, de Lyon, Demarquez, Polaillon, sont les premiers à le vulgariser. Nous y reviendrons en parlant des soins consécutifs au curage.

Citons encore l'eau oxygénée utilisée en cas de sphacèle ; le brome introduit en thérapeutique utérine par Wynn Williams ; et l'acide lactique préconisé par Houzel.

Le carbure de calcium est encore très employé. Guinard (1), dans un article daté du 25 mai 1896, en donne le mode d'emploi, en fait ressortir les avantages dont les plus importants sont, la suppression des hémorrhagies et des écoulements fétides. Mais, comme tous les caustiques, il a une action aveugle ; on peut trop facilement ne pas atteindre, ou ce qui est plus

(1) Guinard. *Bulletin général de Thérapeutique*, mai 1896.

grave, dépasser le but que l'on s'était proposé. Des fistules multiples se produisent assez facilement et spontanément au cours de l'évolution du cancer utérin, sans qu'il soit utile d'en favoriser le développement par l'application d'un caustique qui diffuse et peut amener, par suite, des perforations vésicale, utérine, rectale ou intestinale.

On a essayé également les injections interstitielles de liquides caustiques. Gallard proposait le nitrate d'argent et l'acide chromique. Le professeur Hauffer et son assistant Schultz préconisent l'alcool ; ils en ont obtenu de bons résultats.

Schultz rapporte, à ce sujet, deux observations isolées, et une série de huit malades traitées par cette méthode et suivies par lui à la clinique médicale de Budapest.

Tous les moyens que nous venons d'indiquer : lavages antiseptiques, cautérisations, injections interstitielles ont évidemment leur utilité et leurs indications ; mais, comme leur action modificatrice porte sur des surfaces bourgeonnantes, ils arrivent difficilement jusqu'à la zone utile. De plus, leur action est nulle en cas de rétention cavitaire.

Le curage déterge la muqueuse utérine et permet aux caustiques et aux antiseptiques d'exercer une action plus directe. Il donne libre cours aux sécrétions de l'organe envahi. On sait en effet, que le col utérin est

souvent oblitéré par les masses néoplasiques ; la cavité est fermée, et les sécrétions retenues en amont de l'obstacle. Une déviation naturelle ou pathologique de l'organe atteint, favorise souvent cette rétention, qui entraîne comme conséquence une infection plus ou moins généralisée, une auto-intoxication de l'organisme. Dans ces conditions, le curage que nous proposons, ouvre la porte aux produits septiques et devient non seulement utile, mais nécessaire.

C. — *Les douleurs* constituent un des symptômes les plus pénibles du néoplasme. Elles amènent la déchéance morale qui précède souvent le suicide.

Elles peuvent être dues :

a) Soit à la généralisation cancéreuse, à l'envahissement par la tumeur des nerfs de l'utérus ou du petit bassin (observ. VI) ; dans ce cas, aucune amélioration n'est possible ; la médecine seule peut apporter quelque soulagement à ces malheureuses, par l'empoisonnement lent et progressif que donne la morphine.

b) Soit à la rétention des sécrétions dans la cavité utérine (obs. X) ; dans le cas, le curage est le meilleur des moyens palliatifs indiqués : nous en avons vu les raisons précédemment.

D. — L'*état général*, toujours mauvais chez les femmes atteintes de cancer de la matrice, devient parfois le symptôme prédominant, et, chose surpre-

nante, la cachexie néoplasique, la maigreur extrême, la teinte cireuse des tissus, s'observent assez fréquemment chez des femmes encore jeunes.

Tous les moyens rappelés jusqu'ici tendent plus ou moins directement à relever ces organismes déchus. Le curage a une action plus rapide et plus constante ; il donne toujours une amélioration (Observation I, II, III, IV, V, XI, XII).

Les symptômes les plus inquiétants sont atténués ou temporairement supprimés ; « les hémorrhagies cessent, l'atmosphère empestée qui environne la malade se dissipe, l'appétit renaît, la femme revient à la vie, elle reprend peu à peu ses forces et l'entourage de la patiente auquel on n'avait cependant laissé aucune illusion, ne peut se refuser à croire à une guérison complète jusqu'au moment où une aggravation nouvelle vient enlever toute espérance » (1).

Le curage est donc le moyen de choix, le traitement palliatif du cancer de l'utérus inopérable. Il améliore l'état général, diminue les hémorrhagies, tarit les sécrétions, supprime pour un temps plus ou moins long les douleurs dues à la rétention utérine.

Mais il doit être aussi complet que possible et renou-

(1) Carl Schrœder. *Traité des maladies des organes génitaux de la femme* ; traduction de P. Bar, 1885.

velé dès que le besoin s'en fait sentir. « Je suis sûr que l'on doit, autant qu'à l'opération, le succès final, à ce qu'on a suivi les malades qui ont nécessité plusieurs fois l'usage de la curette et du cautère » (1).

Peu de cas contre-indiquent cette opération lorsqu'on veut agir avec prudence; nous les étudierons dans le chapitre suivant.

Mais, pour retirer du curage tous les avantages qu'il peut donner, il ne faut pas perdre un temps précieux à essayer les différents moyens palliatifs ordinaires ; il doit être fait le plus tôt possible. Ainsi seulement on peut espérer en tirer un bénéfice sérieux, améliorer les symptômes d'une lésion incurable et en retarder la généralisation.

(1) Baker. *Amer. Journal Of Obstet.* 1882, page 265; 1886, page 184.

CHAPITRE III

CONTRE-INDICATIONS

Le curage de l'utérus cancéreux inopérable peut être contre-indiqué ; les cas sont rares, mais demandent à être nettement déterminés. Nous allons passer en revue les principaux.

a). — On ne doit pas curer tous les cancers de l'utérus. Schwartz (1) s'occupant plus particulièrement des tumeurs malignes du col, les classe en quatre groupes :

Les épithéliomes végétants, en champignon, en chou-fleur sont ceux qui se prêtent le mieux à l'action de la curette.

Les cancers à forme ulcéreuse mais à fond cependant plus ou moins bourgeonnant et dont les couches superficielles ont subi le ramollissement, sont également justifiables du curage.

(1) Schwartz : *Rev. gén. de clinique et de thérapeutique.* Paris, 1891, nº 8, page 113.

Il en est de même dans un grand nombre d'épithéliomes cervicaux ou intra-cervicaux.

Quant aux cancers interstitiels, il faut se contenter des moyens palliatifs ordinaires, lorsqu'on a reconnu l'inutilité de l'hystérectomie abdominale totale ou vaginale.

b). — Une seconde contre-indication importante est fournie par l'état général de la malade.

S'il s'agit d'un cancer à marche rapide, d'un épithélioma à forme térébrante, si la malade est très cachectisée, il est prudent de s'abstenir de toute intervention. Le traumatisme créé dans ce cas, ne sert qu'à activer l'évolution de la lésion. A la période ultime, toute intervention est mal tolérée, et l'on doit, dans ce cas, se contenter d'atténuer autant que possible les symptômes les plus alarmants par la thérapeutique médicale.

c). — L'existence de *fistules multiples* contre-indique aussi le curage utérin. Dans ce cas, on court le risque d'agrandir les orifices préexistants ou d'en créer de nouveaux. L'opération, dans ces conditions, devient inutile et souvent dangereuse.

c). — Tout inflammation du petit bassin (salpingite, ovarite, phlegmon des ligaments larges, etc.), diminue les chances d'amélioration ordinairement produites par le curage. On a dit que l'instrument ouvrait les lymphatiques et favorisait la dissémination des cellules cancé-

reuses dans les régions voisines. Mais, comme nous l'avons vu au chapitre des indications, et comme on peut le constater dans nos observations (obs. I, II, III, V, IX), le système lymphatique pelvien est depuis longtemps infecté ; les vaisseaux blancs sont tellement altérés dans leur structure et leur rôle physiologique, que toute dissémination aiguë devient impossible.

f. — La généralisation cancéreuse est également une contre-indication ; le danger immédiat n'est plus localisé à l'utérus, il est partout ; toute intervention serait illusoire.

La forme anatomique, l'état cachectique avancé, la multiplicité des fistules, la généralisation aux organes éloignés, telles sont les principales contre-indications que nous venons d'énumérer.

CHAPITRE IV

MANUEL OPÉRATOIRE

Le manuel opératoire du curage de l'utérus cancéreux inopérable a été souvent indiqué ; on ne peut donc avoir la prétention de citer tous les travaux qui ont paru sur la question ; rappelons les plus récents.

Hegar et Kaltenbach (1), en Allemagne, Terrillon (2), en France furent les premiers à régler cette opération. Adriet (3), dans sa thèse inaugurale ne fait que développer la méthode employée à cette époque par le chirurgien de la Salpêtrière.

L'année suivante, en 1886, Wibin (4) et Fraipont font paraître plusieurs publications relatives au traitement palliatif du cancer utérin par le raclage.

Puis en 1888, Paul Despréaux (5) et Adrien Pozzi (6)

(1) Hégar et Kaltenbach : *Gynécologie opératoire* (traduction de Paul Bar, 1885), page 421.

(2) Terrillon : *Bulletin de Thérapeutique*, septembre 1885.

(3) Adriet F. : *Thèse de Doctorat*. Paris, 1885, in-4°, n° 5.

(4) Wibin : *Annales de la Société de Médecine et de Chirurgie de Liège*, 1886, XXXV, 178-180.

(5) Despréaux (Paul) : *Thèse de Doctorat*. Paris, février 1888, n° 114.

(6) Adrien Pozzi : *Traitement du cancer de l'utérus*. Thèse de Paris, 1888.

donnent simultanément le manuel opératoire à suivre dans le curettage du cancer de l'utérus.

En 1889, Voituriez et Déletrez font paraître, l'un après l'autre, un travail relatif à la question qui nous occupe, et Schwartz (1), en 1891, donne, dans la *Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, une description complète de l'opération.

Citons, pour être aussi complet que possible, les publications de Philippeau et de Cuellar parues à la même date.

Le professeur Pozzi, résumant dans son traité de Gynécologie les idées actuelles, fixe le manuel opératoire du curettage dans le cas de néoplasme inopérable; toutes les thèses que nous allons citer ont été inspirées et reproduisent les idées de la première édition de cet ouvrage, ou les travaux antérieurs.

De Giverdey et Montaigne en 1894, Coulon en 1895, Champion en 1896, Ayvazian en 1898 indiquent tour à tour des modifications de détail.

Tous les traités de chirurgie et de thérapeutique chirurgicale résument cette opération, en fixent les points principaux et insistent sur sa bénignité; diverses communications faites ces temps derniers constatent aussi les bons résultats obtenus.

(1) Schwartz, *loco citato*.

Il semble donc que tout a été dit et écrit sur cette question (1) ; cependant quelques points de technique ont été laissés dans l'ombre; ils sont utiles à connaître et ont besoin d'être indiqués; nous allons les passer en revue.

Une malade se présente avec un néoplasme utérin nettement inopérable ; les culs-de-sac sont envahis, l'utérus immobilisé, les pertes sont fréquentes, fétides, les douleurs violentes, l'appétit diminué, l'état de cachexie avancé ; tous les moyens palliatifs ont été essayés ; aucun n'a donné lieu à un soulagement réel. Cette femme réalise bien toutes les indications que nous avons énumérées ; l'opération est résolue. Quelles sont les précautions à prendre ?

Il est inutile d'insister sur les soins antiseptiques qui doivent précéder l'opération :

Les organes génitaux doivent être soigneusement lavés au savon, on fait dans le vagin une injection de

(1) Citons à titre de document l'essai suivant d'un chirurgien allemand. Son originalité mérite qu'on le mentionne. Otto Kustner propose sous le nom de kolpokleisis rectalis ou kolpoproktostomie mit episiokleisis, l'opération suivante : Après avoir rapidement cureté les surfaces cancéreuses, on établit une large communication entre le vagin et le rectum, puis on suture le vagin. Les sécrétions sont retenues dans l'ampoule rectale jusqu'à leur expulsion avec les matières fécales ; on évite ainsi leur écoulement constant à la vulve (Voir bibliogr.).

sublimé au 1/1000, et l'on applique sur la vulve un pansement antiseptique.

A ce moment se pose la question de l'anesthésie. Trois cas peuvent se présenter.

a) Si la malade, à l'examen, présente une lésion cardiaque ou pulmonaire : il n'y a pas à hésiter, il faut faire l'opération sous chloroforme.

b) Deuxième hypothèse : le cœur et les poumons de la malade sont normaux, mais elle présente un état de cachexie et de faiblesse inquiétant ; on ne doit pas songer à l'anesthésie.

c) Enfin, en dehors de ces conditions, et étant donné la crainte de certains sujets qui s'effraient « d'une opération », l'anesthésie est facultative et varie avec le tempérament du chirurgien.

La bénignité et la rapidité de l'opération, la sensibilité restreinte de la région sur laquelle porte la curette et la possibilité d'une syncope toujours à craindre chez une femme depuis longtemps souffrante sont des motifs qui souvent engagent l'opérateur à ne pas endormir sa malade.

Si l'anesthésie est décidée, doit-on préférer l'éther au chloroforme ou la cocaïnisation lombaire ?

L'examen de la malade, la pratique habituelle du chirurgiens ont des éléments dont il faut tenir compte.

Un troisième mode d'anesthésie est employé depuis quelque temps : la rachicocaïnisation.

Les communications et les thèses parues sur ce sujet rapportent des statistiques encourageantes, et des opérations importantes ont pu être pratiquées à l'aide de ce procédé.

La cocaïne employée jusqu'ici, soit en injections hypodermiques, soit en simples badigeonnages pour produire une anesthésie locale et passagère, avait déjà rendu de grands services. Dans le curage de l'utérus, on peut obtenir, par simple attouchement des surfaces malades une insensibilité souvent suffisante; mais ce moyen est infidèle.

Par l'injection lombaire au contraire, les avantages sont nombreux, malgré les quelques inconvénients que l'on peut lui reprocher, la céphalée, les nausées et les vomissements. Ceux-ci s'observent souvent aussi à la suite de l'administration du chloroforme.

La cocaïne portant son action principale sur les membres inférieurs et le petit bassin, le curage utérin rentre dans le cadre des opérations qu'elle permet.

Avec une quantité faible d'anesthésique, on peut obtenir l'effet maximum, et, l'opération étant très courte, il ne sera pas nécessaire de recourir à une deuxième injection. On peut d'ailleurs, si le besoin s'en fait sentir, avoir à sa portée une seringue chargée.

Enfin, l'application de ce procédé permet la suppression d'un aide.

L'opération étant décidée, la position opératoire présente une grande importance. Nous proposons le *plan incliné*.

L'usage du plan incliné en gynécologie n'est pas indispensable, mais cependant d'une grande utilité.

La malade est placée dans la position du spéculum, la vulve et le sillon interfessier débordant légèrement le bord libre de la table opératoire. Les cuisses sont écartées, fléchies sur le bassin, et les talons maintenus par deux supports métalliques. Les épaules s'appuient sur un support mobile échancré au niveau de la nuque.

L'inclinaison utile ne doit pas être considérable, 25° suffisent dans le cas particulier.

Cette manœuvre s'obtient facilement avec différents modèles. Nous avons observé, dans le service du professeur Pozzi, une table qui a été construite par Colin sur les indications de Jayle assistant de gynécologie à l'hôpital Broca. La bascule en arrière en est extrêmement facile, et le degré d'inclinaison arrêté à volonté par une manette latérale.

Quelle que soit la table employée, le deuxième temps de l'opération est le suivant :

Introduire, en suivant le plan postérieur du vagin, une valve courte, assez large pour donner l'écartement et l'espace suffisant.

Toutes les valves sont bonnes, si l'opérateur a soin de

pratiquer le toucher vaginal avant leur introduction, et s'il a la précaution d'arrêter le bec de l'instrument à la limite des lésions. Il est inutile et dangereux d'appuyer avec une valve rigide sur des lésions douloureuses, molles et friables que la curette doit aborder d'avant en arrière. La plupart des chirurgiens ont leur instrumentation spéciale; les uns préfèrent des valves en bois, d'autres, des valves métalliques planes ou légèrement concaves, courtes ou longues, mais avec un degré d'introduction facultatif.

Cependant, dans tous ces modèles, il faut une main pour déprimer la commissure postérieure de la vulve, abaisser le périnée; d'autre part, si l'on touche les tissus cancéreux au fer rouge (cautère simple ou thermocautère),les liquides brûlants qui s'écoulent du vagin peuvent brûler la main de l'aide.

Aussi, l'idée est-elle venue de supprimer celui-ci en fixant à la valve postérieure un manche ayant assez de poids pour remplir ce rôle.

Jayle a fait construire une valve spéciale, à manche arrondi en massue, à lame concave, courte, et inclinée de telle façon qu'elle accroche pour ainsi dire la moitié antérieure de la paroi vaginale postérieure, et tient seule en place, surtout si l'on adopte une inclinaison légère du bassin en arrière.

Pourtant il est des cas où cette « valve à poids » ne

peut être utilisée, certains cancers ayant envahi le vagin jusqu'à la vulve et ayant détruit la forme et la souplesse des organes.

La valve antérieure n'est pas indispensable avec le plan incliné ; elle est nécessaire dans les autres positions.

La malade est placée, comme nous l'avons indiqué, le vagin entr'ouvert. L'opérateur a dans un plateau, à portée de la main droite, les curettes qu'il veut employer : celles-ci ont des formes, des dimensions, des bords et des courbures variables. On connaît celle de Récamier, Simon, Sims, Bazy, Champetier, Doléris, Pozzi, etc.

Quel que soit l'instrument choisi, la première partie de l'acte opératoire consiste à évider le vagin.

Les bourgeons cancéreux sont enlevés prudemment sur les parois antérieure et postérieure. Il est arrivé à des opérateurs trop pressés ou trop énergiques de pénétrer dans la vessie ou dans le rectum.

Aussi Schwartz a-t-il conseillé de s'assurer du bas-fond vésical avec une sonde métallique, et de faire également, avec le doigt, l'exploration de la cloison recto-vaginale.

Si l'on constate des lésions trop molles, des cloisons trop minces, on peut se contenter d'abraser les surfaces malades avec des ciseaux courbes placés toujours

parallèlement aux parois vaginales. L'instrument doit travailler de la base, et non de la pointe.

Dans les culs-de-sac latéraux, ces dangers de perforation sont atténués ; on peut ici, sans crainte, se servir de la curette.

A la suite de ce raclage du vagin, il est utile d'entraîner les débris et le sang sous un courant de permanganate ou de sublimé à 1/1000.

Reste le curage utérin. — On doit toujours, lorsque cette manœuvre est possible, s'assurer de la direction et de la profondeur de la cavité utérine. L'hystéromètre ordinaire est dangereux, car il peut traverser le fond de l'organe ou l'une des parois, si la direction est anormale, sans donner à la main la sensation de résistance. Il est préférable d'introduire doucement une bougie d'Hégar, et le mieux est de prendre la plus grosse.

Ce renseignement obtenu, il ne reste plus qu'à éviter l'utérus avec une curette tranchante, sans chercher à obtenir le cri utérin. Mais, pour faire un travail utile, il faut suivre exactement et successivement les différentes parois de l'organe. Si la curette est trop chargée de débris cancéreux, le professeur Pozzi conseille de la plonger fréquemment dans un verre rempli d'une solution de sublimé ou de permaganate.

Les mouvements doivent, comme dans tout curettage être lents et souples. Le principal danger est de

perforer le fond de l'utérus. Tous les opérateurs, conseillent de tenir le manche de la curette comme une plume à écrire et de la laisser glisser entre les doigts au lieu de l'enfoncer comme un poignard.

Lorsqu'on juge l'évidement suffisant, sans avoir jamais entendu, et nous insistons sur ce détail, le cri utérin, on pratique une injection intra-utérine avec la sonde de Doléris ou celle de Budin.

On peut écouvillonner légèrement la surface cruentée, et faire ensuite une cautérisation légère de la muqueuse restante avec le thermocautère et les diverses substances que nous avons déjà indiquées. Leur emploi, du reste, est continué pendant la période post-opératoire.

Une mèche de gaze simple ou légèrement iodoformée est placée dans la cavité utérine, sans être pourtant serrée, de façon à permettre l'écoulement des liquides séro-sanguinolents.

Le vagin est bourré de gaze aseptique, mais ce pansement sera retiré au bout de 24 heures.

Soins consécutifs. — Les soins consécutifs ont une grande importance. La surface curettée est assimilable à une plaie ordinaire, mais située dans un milieu chaud et humide favorable au développement des germes pathogènes ; il faut donc, dans la première quinzaine,

renouveler le pansement tous les jours en prenant les précautions antiseptiques ordinaires.

La ligne de conduite varie avec les chirurgiens.

Les uns après un lavage antiseptique prolongé, cautérisent la plaie au chlorure de zinc et bourrent légèrement la cavité avec une mèche de gaze iodoformée, modérément serrée, de façon à permettre aux liquides de s'écouler et d'imprégner le pansement.

D'autres font, après injection vaginale et utérine, un attouchement à l'eau oxygénée ou à la teinture d'iode (1) ; parfois aussi une cautérisation au carbure de calcium. On procède, dans ce cas, de la façon suivante : on saisit entre les mors d'une pince longuette un fragment de carbure dont les arêtes sont irrégulièrement tranchantes, et l'on cherche à faire pénétrer doucement le caustique dans la muqueuse utérine. On peut ainsi placer en des points isolés de la cavité, cinq à six fragments. Un bouillonnement se produit dans le fond du vagin, dégageant une odeur alliacée. On aura soin d'attendre un peu avant de placer le pansement vaginal, les gaz développés au contact du carbure de calcium pouvant déterminer son expulsion.

Nous avons passé en revue au chapitre des indications les principaux caustiques employés : leur valeur

(1) Chambers. Brit. Med. Journal. Lond. 1874. I, p. 333.

est inégale ; nous donnons la préférence à la cautérisation ignée. L'action en est plus rapide, plus précise, moins douloureuse, tout aussi désinfectante et plus hémostatique que celle du chlorure de calcium.

Un des pansements les plus simples et qui donne d'excellents résultats, lorsque la plaie n'est pas trop infectée, est celui que nous avons vu employer par M. Bazy, à l'Hôpital Beaujon.

M. Bazy vante les bons effets du sérum de Hayem en application sur la muqueuse malade (Obs. XI et XII) avec une mèche de gaze stérilisée et imbibée de ce liquide. Le sérum excite la granulation secondaire et n'a pas les inconvénients toxiques de la gaze iodoformée.

OBSERVATIONS

Observation I

Epithélioma utérin inopérable chez une femme de 37 ans. Curage et cautérisations multiples. — Bon résultat.

Marie B..., 37 ans, blanchisseuse, entre le 15 avril 1901, à l'hôpital Boucicaut, salle Pasteur, lit nº 8, dans le service de M. Gérard-Marchant.

Antécédents héréditaires. — Nous n'avons rien trouvé dans les antécédents héréditaires : le père est mort d'accident à 60 ans ; la mère d'embolie pulmonaire à 56 ans ; une sœur et trois frères bien portants.

Antécédents personnels. — Mariée depuis 6 ans, cette femme n'a pas d'enfants. Rien à signaler dans les antécédents personnels, sauf la rougeole à l'âge de 7 ans.

Règles. — La malade a été réglée à 11 ans et depuis cette époque, les règles ont toujours été régulières, non douloureuses et d'une durée de 6 jours environ. Mariée à 27 ans, ces caractères sont restés les mêmes ; depuis 13 mois seulement il existe de véritables troubles menstruels ; cette date marque approximativement le début de la maladie.

Histoire de la maladie. — Au mois de novembre 1900, la malade s'aperçoit que la durée des règles a varié; douze jours au lieu de six. Dès cette époque déjà, les pertes sont franchement sanglantes et un peu odorantes. En décembre de la même année, une métrorrhagie très abondante la force à garder le lit les cinq derniers jours de ce mois.

Inquiétée par ces pertes continuelles, la malade se présente en janvier 1901 à la consultation externe de Boucicaut. M Demoulin porte le diagnostic de cancer du col déjà propagé au vagin et inopérable. Trois pansements vaginaux. Peu après, la malade est obligé de garder le lit et appelle un médecin qui lui conseille de rentrer à l'hôpital.

Elle est opérée le 20 avril et sort le 29 du même mois.

Examen à l'entrée. — Femme de 37 ans, déjà cachectisée; la peau a une teinte subictérique, la figure est amaigrie, les membres inférieurs sont grêles et variqueux; ces varices sont surtout développées dans le mollet droit.

Lorsqu'on découvre la malade, une odeur caracteristique se dégage du lit.

Le toucher vaginal combiné à la palpation abdominale fait constater les signes physiques suivants :

1° Une ulcération occupant tout le col de l'utérus, ulcération à bords déchiquetés, à fond un peu induré, donnant au doigt, la sensation classique « de cuir bouilli »; il existe autour de la lésion centrale ulcéreuse, des saillies néoplasiques, des végétations cancéreuses en forme de chou-fleur; le doigt pénètre difficilement dans la cavité utérine et ramène des débris cancéreux ayant l'odeur caractéristique; le corps utérin est impossible à délimiter et l'hystéromètre introduit avec prudence dans cette cavité anfractueuse, se dirige en arrière; cette position de l'utérus est d'ailleurs confirmée par le toucher rectal; la cavité utérine mesure huit centimètres.

Les mouvements d'ensemble de l'utérus sont impossibles à provoquer; la lésion n'est pas très douloureuse, mais

lorsqu'on essaie par la palpation combinée au toucher de mobiliser l'organe, soit d'arrière en avant, soit dans le sens transversal, il est impossible d'obtenir le moindre déplacement. Cette fixité s'explique par la propagation du néoplasme aux culs-de-sac vaginaux, aux ligaments larges et au tissu cellulaire du petit bassin.

2° Autour du col ulcéré, le doigt qui fait l'exploration méthodique du vagin, rencontre des noyaux cancéreux greffés sur les parties latérales où ils abondent. Il en est de même en arrière du côté du rectum ; il existe dans le cul-de-sac postérieur dans la cloison vaginale, un empâtement diffus. La paroi correspondante du vagin n'a de souplesse qu'à 6 centimètres de la commissure vulvaire postérieure.

La paroi antérieure vésico-vaginale ne présente qu'un seul noyau. L'urèthre est perméable et la malade a toujours uriné facilement. La pression profonde des culs-de-sac latéraux fait constater l'envahissement de la base des ligaments larges.

Les ligaments ronds qui se détachent des cornes antérieures, sont déjà touchés par le néoplasme, comme l'indiquent les ganglions sentis sous la peau dans les deux plis de l'aine.

L'exploration des fosses iliaques et de la zone sous-ombilicale ne permet pas de sentir de ganglions lombaires. On ne constate ni œdème des jambes, ni troubles de sensibilité par compression nerveuse. L'examen des autres organes ne dénote rien d'intéressant ; absence d'ascite ; pas d'hypertrophie splénique ; l'intestin fonctionne normalement ; le cœur et les poumons sont en bon état.

L'examen des urines fait en dehors de la période hémorrhagique, révèle une augmentation considérable des phosphates, qui s'explique par l'état de dénutrition de la malade. Le taux de l'urée est un peu abaissé ; ni sucre, ni albumine.

Opération le 20 avril 1901. — Anesthésie par l'éther. La

malade est placée dans la position du spéculum ; deux valves courtes dilatent la portion mobile et souple du vagin (1/3 inférieur). On introduit un hystéromètre pour mesurer de nouveau la cavité, et s'assurer de sa direction. Le col n'étant fixé par aucune pince, on enlève à la curette tranchante toutes les parties cancéreuses qui encombrent la portion vaginale de l'utérus et les culs-de-sacs vaginaux; ces débris sont entraînés par un lavage de sublimé au 1/1000me.

Puis, on introduit doucement la curette dans la cavité utérine ; elle pénètre facilement sans qu'il soit nécessaire de la faire précéder des bougies d'Hégar. La curette tranchante et légèrement coudée ramène, avec du sang, une grande quantité de débris fongueux, d'aspect blanc-grisâtre, horriblement fétides. Ce curage de la cavité dure 2 à 3 minutes, et on sent que la coque utérine offre, sous la curette, assez de résistance pour ne pas craindre la perforation.

On cautérise la surface utérine de la cavité avec un hystéromètre chargé de coton hydrophile, trempé dans une solution de chlorure de zinc au 1/10e. Lavage intra-utérin de permanganate de potasse au 1/10e; mèche intra-utérine de gaze iodoformée; tamponnement vaginal à la gaze iodoformée, modérément serré.

L'opération a duré 12 minutes.

Suites opératoires. — 22 avril. — Premier pansement ; on retire les mèches vaginales et intra-utérines ; l'odeur est déjà moins violente. Lavage au permanganate ; léger attouchement de la cavité à la teinture d'iode ; mèches de gaze iodoformée ; pansement vaginal.

24 avril. — Second pansement, fait comme le premier ; l'odeur diminue, les mèches sont imbibées de sérosité, mais il n'existe pas de caillots sanguins en arrière d'elles. Lavage du vagin et de l'utérus.

26 avril. — Troisième pansement. Pas de fièvre ; moins d'odeur ; pas de suintement.

La malade sort le 29 avril et reprend chez elle les lavages

au permanganate; la cavité utérine largement béante, laisse pénétrer facilement une canule et une injection intra-utérine soir et matin en position dorsale.

Nous avons revu cette opérée le 19 mai, le 9 juin, le 22 juin. Les pertes n'ont pas reparu · les sécrétions vaginales sont moins abondantes; l'odeur à peine perceptible. La malade a repris un peu d'embonpoint; la figure est moins pâle; l'appétit augmenté. Elle a donc tiré de cette intervention un bénéfice appréciable, passager sans doute, mais avec de grandes chances de prolongation, car les symptômes les plus inquiétants ont disparu : hémorrhagies, pertes fétides et diminution de l'appétit.

Observation II

Épithélioma latent pendant des mois. — Reconnu inopérable huit mois après le début apparent. — Curage vaginal et utérin. — Amélioration des symptômes.

Eugénie D..., 39 ans, journalière, entrée le 24 décembre 1900, salle Pasteur, lit n° 1, à l'hôpital Boucicaut, dans le service de M. Gérard-Marchant.

Rien à signaler dans les antécédents héréditaires de cette malade; père mort tuberculeux, mère en bonne santé, deux sœurs et un frère, une des sœurs a été opérée en 1897 d'un fibrome utérin.

Antécédents personnels. — La rougeole à 5 ans, une bronchite qui a duré 3 mois vers l'âge de 17 ans, mais sans hémoptysies, et qui n'a pas laissé de traces.

Cette femme a été réglée à l'âge de 12 ans 1/2, les règles étaient, avant son mariage, régulières, peu abondantes, non douloureuses, elles duraient 4 jours.

Mariée à 24 ans, quelques troubles menstruels dans les six premiers mois qui suivirent le mariage, règles irrégulières, quelques pertes blanches mais la miction est normale 1re grossesse à terme à l'âge de 26 ans, l'enfant vit encore, l'accouchement a été facile, et la délivrance complète.

Une fausse-couche de 4 mois 1/2, deux ans après ; cette fausse-couche aurait été provoquée, dit la malade, par une chute faite quelques jours avant dans un escalier ; d'abord soignée chez elle, la malade est prise de pertes abondantes, qui deviennent fétides ; elle entre à la Pitié. Curettage des débris placentaires, guérison au bout de 3 semaines ; pas d'autres grossesses.

Histoire de la maladie. — Le début apparent de cet épithélioma utérin inopérable actuellement, remonte à 10 mois; en mars 1900, l'attention de la malade est attirée de ce côté par une perte de sang rouge vif qui survient la nuit, dans l'intervalle des règles. On appelle un médecin qui prescrit des irrigations d'eau chaude, le repos absolu au lit et donne de l'ergotine dans une potion ; la malade reste « dans le sang » pendant trois jours, puis l'hémorragie s'arrête, et les règles suivantes viennent en temps voulu ; pourtant, elles durent huit jours au lieu de quatre.

Au mois de mai de la même année, la malade remarque sur son linge des taches rousses, d'odeur fétide ; elle est obligée de se garnir.

Fin juin 1900, des douleurs se produisent dans le bas-ventre avec envies fréquentes d'uriner. A ce moment, elle souffre surtout d'élancements douloureux dans la cuisse gauche, et consulte un médecin qui pratique le toucher vaginal et conseille l'entrée à l'hôpital ; la malade refuse ; mais à partir de juillet, les symptômes précédents s'accentuent (pertes abondantes rousses, fétides, règles prolongées, mictions très douloureuses, sciatique gauche persistante); de nouveau, apparaissent : douleur pendant la défé-

cation, constipation habituelle, sueurs nocturnes, amaigrissement ; la malade ne veut plus manger de viande ; elle perd le sommeil, les forces et l'appétit.

Sur les instances de son médecin, elle se décide à entrer à l'hôpital Boucicaut, le 21 décembre 1900.

Examen à l'entrée. — Femme de 39 ans, jaune, amaigrie, l'air vieillot ; la malade pèse 58 k.

L'examen extérieur du ventre permet de constater l'affaissement des hypocondres, le ventre paraît creusé en bateau, la peau est flasque, ridée, trop large, sillonnée de veines bleuâtres, surtout développées du côté gauche ; il existe quelques ganglions dans les deux plis de l'aine, la vulve est œdématiée, les membres inférieurs, bien qu'amaigris, présentent un œdème blanc et mou au niveau des malléoles. Cet œdème s'arrête au mollet.

Le toucher combiné au palper abdominal fait constater les signes suivants :

a) Envahissement total du vagin, sauf une certaine souplesse dans le 1/4 inférieur de l'organe ; le doigt introduit doucement rencontre une masse végétante, irrégulière, à fond induré, bien que présentant superficiellement une série de bourgeons charnus, friables, qui se détachent facilement et recouvrent le doigt explorateur ; il est impossible de limiter les différents culs-de sacs vaginaux, qui sont tous également envahis par le tissu néoplasique. Cependant, la paroi antérieure vaginale est totalement infiltrée par le néoplasme, il existe un bourgeon cancéreux au niveau du méat urinaire (on sait que la malade a présenté des troubles de la miction bien avant son entrée à l'hôpital ; il semble que la propagation se soit faite, contrairement à la règle, tout d'abord du côté de la vessie).

Si l'on insiste dans cette exploration vaginale, on finit par trouver au fond de cette masse saillante, en haut et à droite, la pulpe du doigt tournée vers la symphyse pubienne, l'entrée du canal utérin.

La main placée sur l'abdomen au-dessus du pubis accroche avec peine le corps utérin, mais sans pouvoir lui imprimer le moindre mouvement soit dans le plan médian, soit dans le plan latéral.

Le toucher rectal confirme ces données cliniques ; la cloison recto-vaginale a perdu sa souplesse et est triplée d'épaisseur ; on sait que la malade a présenté des douleurs au moment de la défécation, mais bien après les troubles de la miction.

L'examen des autres organes ne fait rien découvrir de particulier ; le foie est petit, la rate non hypertrophiée, les poumons, malgré une légère atteinte antérieure, ne semblent pas intervenir dans l'état de cachexie avancée que présente la malade.

L'analyse des urines faite en dehors des troubles hémorragiques, ne fait pas constater d'albumine ; l'œdème sus-malléolaire est d'origine cachectique et peut être dû aux compressions pelviennes comme la sciatique tenace qui s'est développée depuis quelques mois.

Opération le 24 décembre 1900 à l'hôpital Boucicaut. — M. Dumoulin fait, sons anesthésie par le chloroforme, l'ablation avec une curette tranchante des bourgeons cancéreux. On détache la plupart des masses molles qui encombrent le canal utéro-vaginal ; le râclage de tous ces tissus met à nu une surface de consistance ferme, d'aspect gris, lardacée, mais qui saigne abondamment. Aussitôt le vagin désobstrué, on vide avec précaution la cavité utérine ; celle-ci mesure 8 cent. 1/2. On s'assure du fond de l'utérus qui est droit, avec une bougie d'Hegar poussée doucement. On curette fortement les parties latérales, faiblement les faces antérieure et postérieure, craignant la perforation vésicale ou rectale.

Lavage du vagin et de l'utérus avec une solution chaude de permanganate au 1/1000e. Cautérisation et désinfection des surfaces cruentées avec de la glycérine créosotée au 1/10e, petite mèche de gaze iodoformée, faiblement tassée

dans l'utérus, bourrage du vagin à la gaze aseptique ; l'opération a duré 17 minutes.

Suites. — 25 décembre 1900. — 1er pansement. — On change les mèches de gaze, lavage du vagin au permanganate, lavage intra-utérin, mèches nouvelles iodoformées, sauf dans l'utérus, qui ne présente aucun suintement sanguin, pas de fièvre.

26 décembre. — Même pansement; la malade se plaint de sentir le goût de l'iodoforme dans la salive. On met de la gaze aseptique, deux vomissements, mais qui semblent dûs à l'élimination tardive du chloroforme.

28 décembre. — Troisième pansement; on fait à nouveau dans la cavité utérine un attouchement avec un hystéromètre chargé de coton et imprégné de teinture d'iode ; la malade prend un peu de nourriture, 500 gr. de sérum.

30 décembre. — On supprime toute mèche vaginale et utérine, lavages soir et matin au permanganate. On continue cette désinfection vaginale et utérine jusqu'à la sortie de la malade, qui a lieu le 11 janvier 1901.

Cette malade a été revue le 12 mai par M. Demoulin, à la consultation de l'hôpital Boucicaut; les pertes sanglantes et séro-sanguinolentes ont cessé pendant 4 mois, mais elles ont déjà des tendances à reparaître; la lésion vaginale ne semble pas avoir été activée par le curage antérieur. On dirait qu'il s'est produit une pause dans l'évolution de ce néoplasme à marche rapide, puisque les premiers symptômes observés par la malade datent seulement du mois de mars 1900; la malade, gênée par l'odeur de ces écoulements, peut s'alimenter depuis cette intervention; elle a, dit-elle, recouvré l'appétit et engraissé de 2 kilogs. Nous avons rapporté l'histoire clinique détaillée de cette malade, car une lésion aussi rapidement diffuse et envahissante est restée silencieuse peut-être pendant des années, ne se traduisant que par un peu d'augmentation dans la durée des périodes menstruelles sans causer la moindre douleur.

Observation III

Epithélioma à type cavitaire dans un utérus rétroversé. Lenteur de l'évolution. — Curage. — Amélioration.

Alphonsine V..., 47 ans, journalière, entre le 26 juillet 1900 à l'hôpital Boucicaut, salle Pasteur, lit nº 11, dans le service de M. Gerard-Marchant.

Antécédents héréditaires. — Père mort d'accident, mère emphysémateuse ; trois sœurs de faible santé ; une tante a été opérée à Lariboisière, en mai 1887, d'un cancer du sein. Cette femme est morte cinq ans après d'une récidive avec généralisation pulmonaire.

Antécédents personnels. — Tumeur blanche du genou à 12 ans, suivie d'une résection; la malade boite en marchant et présente un raccourcissement de 4 centimètres, corrigé par la chaussure.

Fièvre typhoïde à 19 ans, qui a laissé à sa suite une perte considérable des cheveux.

Histoire de la maladie. — Cette femme, réglée à 11 ans, régulièrement, se marie à 24 ans. Trois enfants, deux fausses-couches, la dernière à l'âge de 35 ans, a été suivie de troubles menstruels et de pertes blanches abondantes ; curettage à Necker. Amélioration passagère ; trois mois après cette intervention, les écoulements glaireux et muco-purulents reparaissent.

Le début du néoplasme actuel paraît remonter au mois de mai 1898, époque où la malade remarque une augmentation dans la durée de ses règles ; elle attribue ces troubles menstruels à l'approche de la ménopause, prend des injections matin et soir et ne consulte pas de médecin.

Au mois d'août de la même année, première hémorrhagie en dehors des époques ; l'écoulement sanguin dure 4 jours, oblige la malade à garder le lit, mais reçoit la même interprétation que les ménorrhagies précédentes, et n'est combattu que par des lavages et le repos.

En décembre 1898, apparaissent des pertes d'eau rousse, légèrement odorantes, d'abondance moyenne, variables d'intensité; la malade se rappelle que déjà à cette époque, elle éprouvait des sensations douloureuses dans le bas-ventre, sous forme de pesanteurs, d'irradiation, de douleurs lancinantes, qu'elle compare à des coups d'aiguille et qui se faisaient sentir soit du côté de la vessie, soit vers le rectum, parfois vers le périnée et la racine des cuisses.

— Elle consulte à Necker, M. Le Dentu, qui propose l'admission dans son service et une opération qui est refusée.

— 4 mois après, en avril 1899, les pertes de sang et de sérosité fétide deviennent très abondantes ; la malade est obligée de garder le lit pendant 3 semaines. Le médecin appelé insiste de nouveau sur la nécessité d'une opération ; mais la malade veut attendre encore, toujours persuadée que ces troubles vont disparaître après la suppression des règles.

Dans le courant de l'année, tout le cortège des symptômes habituels au cancer utérin se développe et augmente progressivement.

A chaque instant, le repos au lit devient nécessaire; la malade perd ses forces et l'appétit; les fonctions digestives sont troublées, la langue saburrale, le dégoût de la viande et des aliments gras permanent.

Amaigrie, anémiée par ces pertes qu'elle désespère de voir disparaître, démoralisée, la malade se décide à entrer à l'hôpital Boucicaut le 26 *juillet* 1900.

Examen à l'entrée. — Le diagnostic de néoplasme utérin se fait à distance ; l'examen local permet de constater rapidement que ces lésions sont dejà inopérables ; il n'existe

qu'un seul noyau cancéreux sur la partie supérieure du ul de sac latéral droit, le reste du vagin est libre, mais manque déjà de souplesse.

L'utérus, au contraire, paraît totalement envahi. Le col présente une large ulcération en forme d'entonnoir, à fond induré, à surface recouverte d'une couche molle et presque régulière de produits cancéreux. On dirait à voir la lésion. que la néoplasie n'a pas encore dépassé la coque utérine, mais le fond de l'organe est déjà fixé en arrière sur le rectum ; le doigt introduit dans le cul de sac postérieur ou dans l'ampoule rectale ne peut en obtenir la réduction. La base des ligaments larges offre au doigt une résistance ligneuse ; il est impossible même en abaissant fortement la paroi abdominale, de palper les annexes de l'utérus.

On n'observe rien du côté droit de la vessie ; la cloison vésico-vaginale semble normale. On a donc sous les yeux un cancer utérin à forme cavitaire, déjà propagé à la paroi vaginale par une greffe, et aux ligaments larges par diffusion lymphatique ; il n'existe pas d'ascite ni de ganglions inguinaux ; la position postérieure de l'utérus gêne un peu les mouvements du rectum pendant la défécation, mais le conduit rectal, pour être un peu rétréci, n'est pas obstrué.

A signaler dans les autres organes : des varices très développées dans la cuisse et le mollet gauche ; un estomac dilaté et un rein droit abaissé ; le cœur et les poumons sont en bon état, rien dans les urines.

Opération le 1er *avril* 1900. — Curage classique sans anesthésie, ablation de la greffe vaginale, évidement utérin prudent avec une curette tranchante ; l'instrument ramène des fongosités mollasses, sanguinolentes ; la paroi utérine saigne abondamment ; un grand lavage au sublimé chaud et en solution étendue (4/1000°) entraîne les débris restants et le sang retenu, la cavité vidée permet facilement l'introduction de l'index, qui peut en constater la direction postérieure (rétroversion) et la minceur extrême des parois.

On écouvillonne doucement au chlorure de zinc ; mèche iodoformée, pansement vaginal à la gaze aseptique; malgré l'absence d'anesthésie, la malade a parfaitement supporté cette opération.

Suites. — Les suites ont été des plus simples: douze pansements précédés chaque fois de lavages au permanganate. La malade sort le 21 août 1900. Huit jours avant la sortie, on se borne à faire des lavages ; une notable amélioration s'était déjà produite, pertes de sang très diminuées, odeur beaucoup moins violente.

La malade a été revue en janvier 1901 ; les troubles antérieurs n'avaient pas encore reparu; l'état général était déjà un peu amélioré.

Il est certain que ce curage ne donnera pas une survie considérable, mais, étant donné qu'il supprime pour quelques mois des troubles qui sont l'apanage forcé d'une lésion incurable, on doit en recommander et en vulgariser l'emploi.

Observation IV

Cancer végétant. — Salpingite et envahissement des annexes. — Curage. — Amélioration.

Alice F..., 33 ans, blanchisseuse; entre à l'hôpital Boucicaut, salle Pasteur, lit n° 29, le 1er décembre 1900.

Antécédents : Père et mère bien portants.

Un frère soldat.

Malade réglée à 11 ans et demi, régulièrement jusqu'à l'âge de 18 ans. — A cette époque, chlorose, due peut-être

au surmenage physique. On sait combien cette affection est fréquente chez les blanchisseuses.

Les époques deviennent irrégulières, douloureuses, et s'accompagnent de troubles mal définis. La malade pleure et rit sans motif, l'appétit devient capricieux.

Elle entre à l'hôpital Beaujon et sort deux mois après améliorée.

Mariée à 22 ans, a eu un enfant 12 mois après ce mariage, mort pendant le travail.

Une fausse couche de 6 mois à 25 ans, suivie de rétention placentaire et de curettage. — On ne sait à quoi attribuer cette fausse-couche.

Depuis, rien à signaler.

Histoire de la maladie. — La malade ne sait pas exactement à quelle époque remonte le début de ce qu'elle appelle sa « métrite ». Elle prétend n'avoir jamais été bien remise de sa fausse-couche. Mais, si l'on songe qu'elle a 33 ans, il est bien difficile d'admettre que la lésion soit aussi ancienne. Elle ne souffre du ventre et n'est inquiétée par des pertes rouges et blanches que depuis un an et demi.

Son histoire clinique ne diffère guère de celle des malades précédentes : c'est toujours la même série de troubles habituels longtemps considérés comme des règles prolongés, des hémorrhagies dûes à la faiblesse, « à la pauvreté du sang » ; puis viennent des pertes blanches, des pertes rousses, avee odeur caractéristique, des élancements douloureux dans le petit bassin. Ici la malade accuse une douleur fixe dans la fosse iliaque gauche qui s'explique du reste par l'examen physique. Comme la plupart des malades du même genre, elle refuse l'intervention en temps utile, et, quand la faiblesse générale, la migraine, les pertes, ont triomphé de sa résistance, elle demande le secours impuissant de la chirurgie.

Examen à l'entrée, 1er décembre 1900.

Le toucher combiné au palper abdominal fait constater les lésions suivantes :

a). — Col complètement transformé en une masse irrégulière, bourgeonnante, composée de champignons cancéreux d'inégal volume.

b). — Effacement complet du cul-de-sac gauche, profondeur normal du cul-de-sac droit.

c). — Axe utérin dévié à droite avec fixité complète.

d). — Présence dans le cul-de-sac gauche d'une masse annexée à l'utérus, très douloureuse à la pression, et qui semble constituée par les annexes gauches envahies. — Il est possible que cette tumeur latérale, pseudo-fluctuante, soit d'origine ancienne et consécutive à la fausse-couche relevée dans les antécédents de la malade.

e). — Quelques greffes du volume d'un pois sur les parois vaginales.

L'utérus mesure 9 centimètres.

Rien dans les urines.

Les autres organes fonctionnent normalement.

Opération, le 4 décembre 1900. — Curage suivi de cautérisation ignée.

Après anesthésie, on enlève à la curette toutes les parties accessibles. Les bourgeons vaginaux sont excisés avec des ciseaux courbes. La cavité utérine est vidée de son contenu. On touche au thermo-cautère les surfaces cruentées en ayant soin de protéger avec des valves en bois les parois vaginales. Lavage au permanganate. Mèche intra-utérine. Tamponnement vaginal.

Durée de l'opération : 25 minutes.

Suites opératoires, très simples. — Pansements successifs tous les deux jours, précédés de lavages avec la sonde à double courant.

La malade sort le 24 décembre, améliorée. Elle croit être guérie d'une métrite hémorrhagique. On la revoit le

6 avril 1901. (M. Demoulin, à la consultation de Boucicaut). L'amélioration s'est maintenue,

Observation V

Néoplasme limité de l'utérus. — Curage indiqué par le mauvais état général. — Amélioration des symptômes.

Mélanie P..., 47 ans, domestique, entre le 9 mars 1901, à l'hôpital Boucicaut, salle Pasteur, lit n° 6.

Antécédents. — Parents inconnus.

A relever dans le passé de la malade quelques maladies d'enfance : la coqueluche à 3 ans, la rougeole à 6 ans.

Réglée à 12 ans, régulièrement. Non mariée.

Histoire de la maladie. — La malade commence à souffrir au mois de février 1900; elles éprouve des douleurs sourdes dans le bas-ventre; parfois elle se plaint de marcher difficilement. Souvent il lui arrive d'être obligée de quitter son métier de domestique pour se reposer quelques jours.

Ces douleurs avaient été précédées de pertes blanches très abondantes. Ces pertes, visqueuses, tachaient le linge, mais la malade ne semblait pas y attacher d'importance.

Pourtant, au mois de décembre 1899, un médecin lui avait conseillé de consulter un chirurgien, recommandation dont elle ne tint alors aucun compte.

Le première hémorrhagie sérieuse se produit vers la fin de mars 1900; l'écoulement sanguin dure six jours, abondant, d'odeur forte, et nécessite le repos au lit. Les règles sont normales, mais, 40 jours après, survient une nouvelle perte de sang qui cette fois se prolonge pendant trois se-

maines; chaque jour les linges sont tachés de sang rosé; l'écoulement est un peu abondant.

La malade reste 4 mois sans voir de médecin; puis en octobre se présente à la consultation externe de l Hôpital Boucicaut où M. Demoulin porte le diagnostic de « métrite végétante », et propose l'ablation totale de l'utérus et des annexes, par le vagin.

La malade ne veut pas y consentir; elle retourne chez elle, appelle un médecin qui met des tampons dans le vagin et fait des lavages au permanganate.

A la fin du mois de décembre 1900, les symptômes antérieurs, (pertes sanglantes ou rosées, écoulements ichoreux, fétides, douleurs pendant la station verticale, la marche, douleurs au repos dans le lit) se sont notablement aggravés. Les jambes commencent à « enfler », dit la malade. En effet, un œdème blanc et mou s'étend des malléoles au genou.

Le 20 janvier, phlébite de la jambe droite qui immobilise la malade pendant 35 jours. L'odeur des pertes devient insupportable; l'état général s'altère, les traits sont tirés; au niveau de la crète sacrée et des saillies ischiatiques, la peau prend, dans le décubitus dorsal, une couleur rosée qui fait craindre l'escarre.

Dans ces conditions, à bout de patience et de ressources, la malade revient à l'hôpital Boucicaut.

L'examen physique fait par le toucher vaginal et le palper combinés, ne fait pas constater chez cette malade de contre-indication absolue à une intervention radicale. Le col est ulcéré, entr'ouvert, cerclé d'un anneau cancéreux légèrement végétant. Les culs-de-sac sont à peu près souples, le vagin libre, le fond de l'utérus presque mobile, et sous la peau, derrière le pubis, la cavité utérine mesure 7 centimètres 1/2.

On serait presque tenté de faire l'hystérectomie vaginale; mais l'état général de la malade est peu encourageant:

c'est une femme amaigrie et en peu de temps (car le début apparent date d'un an à peine), c'est une femme dont les jambes sont œdématiés, qui vient de subir une immobilité de 35 jours pour une phlébite.

Le mal sans doute, est à la limite des cas opérables, mais la malade n'est pas de celles que l'on traumatise impunément.

Ces raisons d'ordre général font préférer le curage à l'hystérectomie.

Opération, le 15 mars 1901. — Anesthésie à l'éther. On promène la curette sur toutes les surfaces envahies ; la résistance du tissu utérin se sent assez facilement. Nous avons fait remarquer que, dans le cas particulier, le néoplasme n'avait pas envahi les parties voisines.

On fait donc facilement, sans dilatation préalable, un évidement sérieux, puis, avec la sonde de Doléris, on donne une injection de deux litres d'une solution chloralée. Ensuite, on pratique un écouvillonnage au chlorure de zinc, on place une mèche de gaze iodoformée suivie d'un pansement vaginal.

Durée de l'opération : 20 minutes.

Suites opératoires très simples : on fait une série de pansements et de lavages intra-utérins, et la malade sort de l'hôpital le 7 avril 1901, en voie d'amélioration.

A noter, comme résultat post-opératoire et palliatif : la cessation des pertes sanglantes pendant deux mois, la diminution des écoulements séro-sanguinolents, la disparition presque complète de l'odeur caractéristique des néoplasmes utérins.

L'appétit est un peu revenu.

Cette malade à été revue le 15 juin 1901 ; rien de nouveau ne s'est encore produit.

Observation VI

Cancer inopérable. — Curage utérin. — Fistule recto-utérine cinq mois après. — Mort par cachexie.

Rosalie B..., femme T.., sans profession, 39 ans, entre le 3 décembre 1899 à l'hôpital Boucicaut, salle Strauss, lit nº 15 dans le service de M. Gérard-Marchant.

Antécédents. — A relever dans les antécédents les maladies suivantes : ictère catarrhal à 15 ans, qui a duré 2 mois, mais n'a pas été accompagné de fièvre, ni de coliques hépatiques, pneumonie à 18 ans.

Les parents sont encore vivants ; trois frères et deux sœurs en bonne santé.

Histoire de la maladie. — Réglée à 11 ans 1/2 régulièrement, la malade se marie à 21 ans ; deux enfants nés à terme, les accouchements ont été faciles ; il n'y a pas eu de suites de couches.

A l'âge de 37 ans, quelques troubles apparaissent dans les fonctions menstruelles : les règles commencent à devenir irrégulières, prolongées ; elles durent souvent 7 à 8 jours au lieu de 4.

Entre ces pertes sanglantes, surviennent des écoulements leucorrhéiques parfois teintés de rouge et d'odeur fade.

Pendant à peu près un an, ces troubles sont les seuls observés, et la malade ne paraît pas y attacher d'importance.

Cependant en janvier 1898, elle consulte un médecin ; les selles sont devenues douloureuses ; une poussée hémorrhoïdaire s'est faite du côté du rectum ; l'examen rectal et vaginal pratiqué à cette époque avait déjà fait découvrir

l'existence d'une lésion de mauvaise nature, car le médecin consulté donne une lettre à la malade pour la faire admettre à l'hôpital Laënnec. Cette proposition n'est pas acceptée ; injections vaginales, bains de siège, lavements chauds.

Mais 4 mois après, en mai 1898, des douleurs violentes surviennent brusquement dans le bas-ventre, avec poussées du côté du rectum, irradiations à la vessie ; repos au lit, glace sur le ventre ; il semble qu'à ce moment le péritoine pelvien ait été envahi.

Cet état douloureux aigu a duré 20 jours. Puis la malade a pu se lever, marcher ; une détente s'était produite ; elle croyait à sa guérison.

En novembre de la même année, les pertes blanches et rosées, dont elle avait l'habitude, deviennent fétides ; les lavages au sublimé sont remplacés par des injections de permanganate.

Dans le courant de l'année suivante (1899), les symptômes déjà indiqués s'aggravent, mais avec des périodes de rémission. De nouveau, apparaissent : soit du côté des membres inférieurs, œdème bilatéral, varices, névralgies dans la zône des sciatiques ; soit du côté du bas-ventre qui est douloureux, ballonné, sillonné de veines bleuâtres ; soit dans l'état général qui s'est amoindri : maigreur, teint jaune paille, perte de l'appétit, dégoût de la viande et des matières grasses, insomnie.

A la fin de l'année seulement, en décembre, la malade se décide à entrer à l'hôpital Boucicaut, sur le conseil de M. Demoulin.

Entrée à l'hôpital le 4 décembre 1899. — L'examen à l'entrée donne les résultats suivants : col ulcéré au centre, végétant à la périphérie ; les bourgeons cancéreux se sont greffés sur les différents culs de sac vaginaux, surtout sur le postérieur. Un hystéromètre introduit doucement dans cette cavité irrégulière, chemine en arrière, du côté du rec-

tum et donne 8 cent. de cavité ; la tige de l'instrument est recouverte à la sortie de débris cancéreux sanglants.

Le doigt introduit dans le rectum sent au niveau de l'ampoule une masse dure, irrégulière, qui paraît faire corps avec le conduit intestinal ; la pression exercée sur elle d'arrière en avant, ne donne pas le moindre mouvement dans le sens antéro-postérieur.

Sur les parties latérales, et par le toucher rectal, on constate une infiltration totale de la base des ligaments larges, la cloison recto-vaginale est elle-même indurée.

— En avant, au contraire, du côté de la vessie, il existe encore un peu de souplesse.

On fait donc le diagnostic de cancer utérin à forme végétante et ulcéreuse, à évolution prédominante du côté du rectum, ce qui explique les troubles de compression relevés plus haut.

La lésion est jugée inopérable ; on se contente d'un curage palliatif.

Opération le 4 janvier 1900. — Ethérisation, nettoyage à la curette de la portion vaginale du col et des culs de sac vaginaux, lavage qui entraîne les débris cancéreux. Evidement de la cavité utérine très prudent, car la curette se dirige constamment du côté du rectum. On touche à l'eau oxygénée à 12 volumes. On enlève l'excès avec une solution de permanganate au 1/1000e ; mèche de gaze iodoformée faiblement tassée, pansement vaginal à la gaze aseptique.

L'opération a duré 27 minutes.

Suites. — Le 6 janvier, 1er pansement ; les mèches sont imbibées de sang et gardent une odeur repoussante ; la cavité utéro-vaginale est lavée de nouveau.

Le 8 janvier, second pansement, déjà moins fétide ; après l'ablation des mèches, on n'observe pas d'écoulement sanguin.

Les jours suivants, mêmes pansements pendant 12 jours ; la malade sort le 17 janvier 1900.

Elle revient cinq mois après à la consultation externe de l'hôpital Boucicaut, se plaignant de perdre par le vagin des matières qui, d'après la description qu'elle en donne, attirent de suite l'attention sur l'existence d'une communication anormale du rectum avec l'utérus ou le vagin.

L'examen, en effet, montre au niveau de l'orifice bourgeonnant du col utérin des débris de matières fécales; la fistule est donc recto-utérine; le toucher rectal confirme ces données et laisse sentir une perforation irrégulière de la largeur d'une pièce de 20 centimes, sur la face antérieure de l'ampoule.

La malade entre de nouveau à Boucicaut, où elle meurt de cachexie cancéreuse le 18 juin 1900.

Il est peu vraisemblable que le curage antérieur ait été la cause déterminante de cette perforation survenue cinq mois après cette intervention.

Observation VII
(Résumée A. Pozzi. Th., Paris, 1885).

Cancer térébrant du col. — Curettage. — Survie de deux ans et demi.

Mme D..., 30 ans, a commencé à souffrir de douleurs et de pertes de sang, au commencement de 1883. Au mois de novembre de la même année, le docteur A. Pozzi est appelé. Il constate l'existence d'un cancer térébrant de l'utérus. La surface du col est intacte; mais sa face interne est couverte de petites végétations qui obstruent complètement la cavité cervicale.

Au mois de novembre 1883, curettage, cautérisation au

thermo-cautère, amélioration passagère. En janvier 1884, curettage, nouvelle cautérisation, amélioration notable; les pertes cessent, les douleurs diminuent.

En septembre, les symptômes reprennent; au mois d'octobre 1884, troisième curettage avec cautérisation. A ce moment, le col a disparu : il est remplacé par une cavité végétante rétractée au fond du vagin.

L'amélioration reparait; pansement au chlorure de zinc (1/10e).

En mai 1885, nouveau curettage : nouvelle cautérisation; depuis, pansements au chlorure de zinc (1/10e), et au permanganate de potasse (2/1000e) à cette époque, l'utérus est immobilisé; les ligaments larges sont pris.

La malade succombe en mars 1886.

Observation VIII

Epithélioma inopérable. — Evolution lente. — Curage. — Fistule vesico-vaginale trois mois après cette intervention. — Mort par urémie.

Ernestine R..., femme M..., journalière, 33 ans, entre à l'hôpital Boucicaut, salle Strauss, lit nº 6, le 7 décembre 1900.

Antécédents héréditaires. — Père bien portant. Mère morte à 40 ans d'une pneumonie. Une sœur bien portante.

Antécédents personnels. — Réglée à 12 ans, régulièrement; à 15 ans, fièvre scarlatine. La malade est longue à se remettre; pendant plusieurs années elle ne peut travailler que par intervalles assez espacés.

A 21 ans, cette femme se marie, et à partir de cette époque reste dans un état de santé satisfaisant jusqu'à son premier accouchement qui date d'une dizaine d'années. Après une grossesse normale, la malade accouche d'un enfant bien constitué, très gros et le travail qui, au début, avait été rapide, se ralentit, puis s'arrête. On fait une application de forceps. Déchirure du col remontant jusqu'à l'insertion vaginale et semblant empiéter sur le segment inférieur, rupture partielle du périné qui se déchire sur la partie latérale gauche. Hémorrhagie abondante. Délivrance naturelle mais peut-être incomplète.

La malade garde le lit un mois et demi, se remet difficilement et trois mois après son accouchement commence à perdre en blanc. Cet écoulement tache le linge et est souvent accompagné de douleurs lombaires.

Comme les souffrances vont en augmentant, que les pertes deviennent plus considérables, elle consulte un médecin, qui ordonne des injections chaudes, fait des cautérisations du col, et des pansements vaginaux avec divers antiseptiques.

Peu à peu la malade se trouve mieux, reprend ses occupations. Les pertes ont diminué, ont changé de couleur et se réduisent bientôt à un simple suintement. Les règles seules sont douloureuses, un peu plus abondantes, mais ne présentent rien d'anormal.

Histoire de la maladie. — La malade ne sait exactement à quelle époque à laquelle elle a commencé à souffrir. Elle se souvient seulement d'avoir eu, il y a trois ans une hémorrhagie assez forte, venue sans raison apparente, et qui fut trois mois sans reparaître. Peu à peu, les règles qui étaient redevenues normales, commencent à être moins régulières. Au lieu de durer quatre à cinq jours, elles ont une tendance à augmenter. De plus, elles sont plus abondantes, moins franchement rouges, et d'après la malade ont une odeur spéciale, nauséeuse, difficile à définir.

La malade ressent aussi des douleurs assez violentes dans le ventre, avec irradiations du côté des reins, de l'ombilic et des membres inférieurs.

La miction, qui jusque là avait été normale, devient douloureuse, s'accompagne de cuisson intense.

La face interne des cuisses est continuellement irritée et devient le siège d'un érythème continuel et très pénible.

La malade qui jusqu'à ce moment avait toujours eu excellent appétit, commence à moins manger, s'affaiblit, est obligée d'interrompre son travail et de garder le lit.

Tous ces symptômes s'aggravant la malade se décide enfin à se présenter à la consultation externe de Boucicaut, où l'on porte le diagnostic de cancer inopérable de l'utérus. Sur sa demande elle est admise le 7 décembre 1900.

On l'opère le 4 janvier 1901, et elle sort de l'hôpital, le 18 du même mois.[1]

Examen à l'entrée. — Femme âgée de 33 ans ; le facies est caractéristique; lorsqu'on découvre la malade, on est frappé par la maigreur des membres inférieurs et l'état de cachexie. Une odeur spéciale imprègne les draps.

A l'interrogatoire, on obtient tous les renseignements rapportés plus haut.

Le toucher combiné au palper donne les renseignements suivants :

On arrive assez difficilement sur le col que l'on sent volumineux, ouvert, déchiqueté. La lèvre antérieure est considérablement augmentée de volume; elle se présente sous la forme d'une grosse masse bourgeonnante ulcérée, et qui se continue sans délimitation possible dans le cul-de-sac antérieur.

La lèvre postérieure présente également des bourgeons cancéreux, mais moins abondants.

Lorsqu'on examine les culs-de-sac latéraux, on les trouve empâtés, indurés, et on a, dans la profondeur, la sensation d'une masse épaisse et résistante qui s'enfonce dans l'inté-

rieur des ligaments larges. Le cul-de-sac droit présente en dedans une ulcération qui se continue en haut et en avant du côté du cul-de-sac antérieur.

— Le cul-de-sac postérieur est souple.

Le cul-de-sac antérieur n'existe plus ; il est remplacé par une vaste ulcération, qui se confond avec celle du col sans aucune délimitation possible ; des masses cancéreuses placées sur la cloison vésico-vaginale, expliquent facilement les difficultés et les douleurs à la miction accusées par la malade.

Lorsqu'on essaie de mobiliser en masse l'utérus, on n'y parvient que difficilement ; le corps rétrofléchi échappe à la main abdominale ; l'organe paraît figé dans le petit bassin.

L'hystéromètre incurvé indique une cavité de 7 cent.

Opération le 20 décembre. — La malade est opérée le 4 janvier 1901, éthérisation ; on enlève à la curette la plus grande partie de la lèvre antérieure du col, tous les bourgeons cancéreux, formant le fond du cul de sac antérieur, en ayant soin de ne pas trop incliner la curette en haut et en avant. On déterge ainsi le plus possible toute cette vaste ulcération.

Évidement de la cavité utérine ; l'organe étant rétrofléchi, l'opérateur est obligé d'introduire la curette d'avant en arrière et de haut en bas pour atteindre le fond de l'utérus. Lorsqu'on juge ce curage suffisant, on fait une injection intra-utérine de permanganate et l'on panse à la gaze iodoformée, comme dans les observations précédentes.

Le vagin est bourré de gaze aseptique, en raison de la grande étendue des surfaces cruentées.

Suites. — Le résultat immédiat paraît satisfaisant. On fait une série de dix panchements vagino-utérins à quarante-huit heures d'intervalle. La malade sort le 15 janvier 1901, considérablement améliorée.

Trois mois après, au commencement d'avril de la même année, elle revient avec une fistule vésico-vaginale.

Cette fistule siège en avant du col de l'utérus, au niveau du bas-fond vésical ; il est impossible de savoir quelle a été l'action du traitement palliatif dans sa pathogénie. Il est possible que la curette en ait favorisé le développement.

La malade meurt le 18 juin, après avoir présenté tous les signes de l'obstruction urétérique par propagation cancéreuse.

Observation IX

Epithélioma utérin inopérable chez une femme de 56 ans. Utérus abaissé et rétroversé. — Rétention cavitaire. Curage et pansements multiples. — Amélioration.

Victorine D..., journalière, 56 ans, entre le 24 juillet 1900, à l'hôpital Boucicaut, salle Pasteur n° 6.

Antécédents. — Père rhumatisant ; mère morte à 64 ans, d'une tumeur abdominale dont nous n'avons pu préciser la nature, mais qui avait entraîné un développement considérable du ventre avec ascite et nécessité, paraît-il, deux ponctions successives. Deux filles bien portantes, trois fils ; rien dans les antécédents collatéraux.

Histoire de la maladie. — A signaler dans la première enfance, une angine diphtérique, propagée au larynx qui a nécessité une trachéotomie dont on voit encore la cicatrice. La malade avait alors 5 ans. Une attaque de rhumatisme fruste qui n'a touché que les épaules, les coudes, les mains et laissé intacts les membres inférieurs, à l'âge de 12 ans.

Réglée à 12 ans et demi, les règles ont été régulières, non douloureuses, moyennement abondantes jusqu'au mariage. Pourtant dès l'âge de 13 ans, la malade dit avoir remarqué des pertes blanches, tachant légèrement le linge, mais non accompagnées de douleurs à la miction.

Mariée à 22 ans, trois enfants ; pas de fausses-couches. La deuxième grossesse a été particulièrement difficile. La malade est restée 15 jours en travail et il a fallu une application de forceps, qui a été suivie d'une déchirure complète du périnée, suivie d'une périnéoraphie dont les résultats ont laissé à désirer. Il reste une déchirure de la cloison recto-vaginale.

Abaissement utérin consécutif, port d'un pessaire, l'involution utérine ayant dans la suite diminué le volume de l'organe, la malade, 8 mois après cet accident, n'éprouvait plus le moindre ennui.

Le 3me accouchement a eté normal, l'enfant vit encore.

D'après les renseignements fournis par la malade, les premiers signes de la lésion actuelle remonteraient au mois de mars 1899. A cette époque cette femme qui jusqu'alors n'avait constaté aucun trouble dans l'évolution de ses périodes menstruelles est prise brusquement la nuit d'une hémorrhagie extrêmement abondante L'écoulement sanguin dure pendant trois jours ; un médecin est appelé, pratique le toucher vaginal et pense, étant donné un léger retard de règles à la possibilité d'une fausse-couche. Il prescrit des injections vaginales à 48° ; repos absolu, et surveille la malade. L'hémorrhagie se passe sans évacuation de caillots ou de débris utérins. La malade se croît guérie et reprend ses occupations. L'examen fait à cette époque n'avait attiré l'attention du médecin sur aucune lésion inquiétante.

Trente jours après, un nouveau symptôme apparaît; des pertes d'odeur fétide, tachant le linge, inquiètent la malade. Elle se croit atteinte de métrite et va consulter à l'hôpital

Necker M. Routier qui déjà propose une opération. La malade préfère attendre ; se contente d'injections vaginales à l eau bouillie chaude, matin et soir. Il se produit une légère amélioration.

Au mois de juillet de la même année, des douleurs apparaissent dans le bas-ventre avec irradiation du côté de la vessie, du périnée et de la racine des cuisses. Chose bizarre la malade prétend avoir éprouvé depuis cette époque un point douloureux au niveau de la région ombilicale ; mais l'examen physique a fait constater une petite hernie para-ombilicale.

L'appétit, dès cette époque, diminue ; il existe une répulsion manifeste pour la viande et les aliments gras ; des nausées fréquentes, un état saburral des voies digestives, l'insomnie apparaît et la crainte continuelle d'un mal incurable.

Obligée au mois de janvier 1900, de garder le repos au lit, elle se décide seulement en juillet de la même année à demander son admission à l'hôpital Boucicaut.

Examen à l'entrée. — Femme de 56 ans, émaciée, ayant la teinte subictérique, exhalant autour d'elle une odeur caractéristique de cancer utérin. Il suffit de la découvrir pour se dispenser de l'examen physique.

Le toucher donne les résultats suivants : Utérus bas situé envahi par une série de bourgeons charnus de consistance molle s'effectuant sous le doigt, semés d'une façon irrégulière sur la portion vaginale du col et des culs de sac latéraux. A pèu près au centre de ces lésions, on détermine avec le doigt la situation de l'orifice utérin. La vessie en avant, le rectum en arrière ont perdu leur souplesse. Cet envahissement des cloisons explique l'incontinence d'urine pendant la défécation.

Une sonde demi-molle, introduite prudemment dans la cavité utérine, n'arrive pas à pénétrer jusqu'au fond de l'organe. Celui-ci est déformé en totalité et la région hypo-

gastrique légèrement ballonnée. Ce ballonnement du ventre offre un contraste frappant avec la maigreur des membres supérieurs et inférieurs.

Opération le 2 août 1900 :

Curage de la portion vaginale de l'utérus; ablation à la curette, aux ciseaux courbes, au thermocautère des bourgeons cancéreux; évidement utérin; la curette pénètre difficilement; on est obligé d'introduire une bougie d'Hégar de calibre moyen pour donner passage aux sécrétions utérines. Cette ouverture accidentelle d'une cavité fermée donne issue à 100 grammes environ de liquide roussâtre, d'odeur violente, retenus dans le fond de l'utérus.

La cavité est vidée, lavée, tamponnée ; même pansement dans le vagin.

Suites. — Le 4 août, premier pansement ; les mèches sont teintées de sang et de sérosité.

Le 6 août, second pansement ; cautérisation de la muqueuse, à la teinture d'iode.

Le 8 août, même pansement amélioration sensible.

Les 10, 12, 14 août, mêmes pansements; l'appétit commence à reparaître.

La malade sort de l'hôpital en bonne voie d amélioration, le 26 août. Il nous a été impossible de savoir ce qu'elle était devenue.

Observation X

Cancer utérin inopérable. — Fistule recto-vaginale. Curage. — Mort 3 mois après cette intervention.

Marie Ch... femme A..., 40 ans, blanchisseuse, entre le 14 février 1900 à l'hôpital Boucicaut, lit n° 3, dans le service de M. Gérard-Marchant.

Femme de 40 ans, dont les antécédents héréditaires et personnels ne présentent rien d'intéressant.

L'interrogatoire que nous avons fait à l'entrée de la malade nous apprend qu'elle souffre du bas-ventre depuis environ deux ans.

A eu des pertes rouges survenant au moment des époques et dans l'intervalle, alternant avec des écoulements abondants de liquide roussâtre de mauvaise odeur.

La malade n'a jamais voulu se laisser soigner ni examiner. Elle a souffert, maigri ; a eu des pertes et, attendu que la lésion soit tellement avancée que la marche est devenue impossible, au moment où elle entre à l'hôpital.

L'examen au spéculum montre un œdème considérable des grandes et des petites lèvres. Les bourgeons cancéreux se voient à l'entrée du vagin. Celui-ci est transformé en un cloaque infect où passent à la fois les sécrétions utérines et les matières fécales.

Au milieu des bourgeons néoplasiques, surtout abondants sur la cloison recto-vaginale, existe une large perforation qui admet l'index et livre passage aux liquides intestinaux.

Malgré l'existence de cette perforation, facile à voir et à sentir, on décide d'enlever à la curette la plus grande partie des bourgeons cancéreux.

Opération, le 23 février. — Le curage se fait sans chloroforme avec une curette tranchante. On évide le conduit vaginal d'abord, en respectant la perforation, le conduit utérin ensuite.

Cette opération est suivie d'un drainage utérin. On essaie de pratiquer l'occlusion de la fistule avec un tampon de gaze iodoformée placé sur l'orifice et soutenu par des mèches de gaze aseptique.

Suites opératoires. — Les résultats sont mauvais. Les matières fécales continuent à passer par l'orifice anormal, et les mèches retirées ont une odeur fécaloïde.

Les pertes de sang et de sérosité ont cependant diminué. La malade meurt lentement le 10 mars 1900.

Observation XI

Service de M. le Dr Bazy (Hôpital Beaujon).
Observation recueillie par M. Mouchotte, interne du service.

Clémence S..., 39 ans, perleuse, entre le 8 juin 1901, à l'hôpital Beaujon, salle Huguier, n° 3, dans le service de M. le Dr Bazy.

Antécédents héréditaires. — Père et mère bien portants.

Antécédents personnels. — Nuls.

Réglée à 15 ans. Les règles n'ont jamais été régulières. Elles retardaient toujours d'au moins une huitaine. Elles n'ont été à aucun moment douloureuses.

Première grossesse à 17 ans. Accouchement spontané à terme, par le sommet. Enfant allaité par la mère pendant un an. Suites de couches normales.

Deuxième grossesse à 21 ans. Accouchement spontané à terme, par le sommet. Enfant élevé au biberon (la mère devant travailler au dehors du domicile). Suites de couches normales. Retour de couches au bout de six semaines.

La malade n'a jamais eu mal au ventre, ni eu de pertes blanches.

En février 1894, accidents de lithiase biliaire. Cholécystectomie par M. le Dr Bazy, à Tenon. Résultat parfait; mais peu après l'opération, le 15 avril de la même année,

la malade devient très nerveuse. On la soigne au bromure de potassium.

En décembre 1900, subitement, au cours de ses occupations, la femme se sent paralysée.

Monoplégie du bras droit. Paralysie faciale droite. Aphasie.

Durée de 20 minutes, puis tout disparaît.

Une seconde attaque de paralysie se produit en mars 1901, Cette fois, c'est le côté gauche qui est frappé. Monoplégie brachiale gauche. Paralysie faciale gauche. Aphasie.

L'aphasie ne dure que deux jours; la paralysie disparaît après six semaines.

Il y a 3 mois, en mars 1901, débutent des métrorrhagies abondantes (caillots).

Un médecin consulté ordonne des injections vaginales chaudes et le repos. Les métrorrhagies se calment avec le repos, mais reprennent aussitôt que la malade se lève et marche. Leur persistance ou plutôt leur répétition oblige la malade à garder le lit jusqu'à ce jour.

Au lit, pas de perte de sang.

Depuis deux mois, dès que les métrorrhagies cessent, il s'écoule par le vagin un liquide très fluide, rosé, sans débris et d'odeur très fétide.

Vers le troisième ou quatrième jour après son entrée, la malade commence à éprouver des élancements et des pesanteurs dans le fondement, ainsi que des douleurs qu'elle localise dans la région symphysienne, « en arrière de l'os ».

Ces douleurs sont continuelles, existent au repos, s'accompagnent d'irradiations lombaires et crurales, de véritables crampes dans les cuisses.

Selles régulières, normales. Pas de trouble de la défécation. Par contre, depuis que les douleurs sont apparues, la miction est douloureuse au début.

L'état général s'est modifié depuis un mois. Affaiblisse-

ment progressif. Amaigrissement. Teint légèrement jaune. Anorexie.

Cœur. Poumons : rien d'anormal.

Urines : traces d'albumine.

Examen local. — Utérus légèrement augmenté de volume, en antéflexion.

Le doigt pénètre dans le col qui est friable, fongueux. Le cul-de-sac gauche est très rétréci, très induré. Les culs-de-sac postérieur et droit, plus amples, sont également indurés, pariiculièrement le postérieur.

Spéculum : Vaste ulcération transformant le col en infundibulum. Le cul-de sac droit et le cul-de sac postérieur sont largement envahis et offrent l'aspect uniforme d'une vaste surface sphacélée.

Étant donné l'envahissement des culs-de-sac par trop étendu, M. le Dr Bazy rejette l'hystérectomie et conseille une opération palliative : un curage avec cautérisation, opération que notre maître M. Bazy a l'obligeance de nous confier.

Opération, le 13 juin.

Chloroformisateur : M. Traubmann.

Opérateur : M. Mouchotte.

Aides : MM. Hernandez, Bonnour.

Une pince de Museux saisit la lèvre antérieure du col. L'utérus ne peut être abaissé.

L'ulcération ténébrante du col est grattée avec la curette de M. Bazy. Le plus de tissu possible est enlevé. La commissure droite du col est complètement détruite avec l'instrument, et la curette tombe dans un clappier formé par les culs-de sac antérieur et droit, remplis de tissu sphacélé. La curette cueille ce tissu sphacélé ; mais, à ce niveau, les manœuvres sont plus timides.

Cautérisation au thermocautère des surfaces curettées et saignantes.

L'hystéromètre ne pénètre qu'avec difficulté dans la cavité utérine dont la hauteur est de 7 centimètres 1/2.

Des mèches stérilisées dont l'extrémité est imbibée de sérum salin sont mises au contact de la plaie et légèrement tassées pour tamponner.

Suites opératoires. — 14 juin : Température matin : 37°8.

Pansement : La cavité anfractueuse laissée par le curettage n'a pas saigné, mais a suinté un liquide de mauvaise odeur.

Nouveau pansement aseptique.

Température soir : 37°8.

15 juin. — Température matin : 36°8. Température soir : 37°. A partir de ce moment, température normale. Même pansement.

16 juin. — Un peu de tissu sphacélé recouvre les parties curetiées et exhale une mauvaise odeur.

Pansement à l'eau oxygénée.

18 juin. — Ecoulement notable de liquide. La plaie est toujours recouverte de tissu sphacélé.

Pansement à l'eau oxygénée

19 juin. — Mèches sales, teintées de sang. Même pansement.

20 juin. — Mèches moins sales, teintées à peine de sang. La femme perd moins.

Sur le conseil de M. le Dr Bazy, on fait un pansement au carbure de calcium.

21 et 22 juin. — Pansement au carbure de calcium.

25 juin. — La plaie est détergée et prend un meilleur aspect. Les pertes diminuent sensiblement.

26 juin. — Réapparition de pertes d'eau roussâtre.

27 juin. — L'écoulement prend une odeur plus accentuée ; par moment la malade éprouve des douleurs lancinantes dans la région hypogastrique qui s'irradiait dans les régions rénales. L'appétit qui avait repris après l'opération diminue. Pansement à l'eau oxygénée.

28 juin. — L'aspect de la plaie est meilleure. Le même

pansement est continué. La malade perd beaucoup moins; on ne constate plus qu'un léger suintement sanguin.

1er juillet. — Les pansements à l'eau oxygénée sont continués; les mèches enlevées sentent beaucoup moins mauvais. Les pertes ont considérablement diminué; elles sont encore un peu sanguinolentes. Les douleurs ont disparu; l'appétit est bon.

2 juillet. — Le malade se lève. Traitement médical: arsenic sous forme de liqueur de Fwler, etc.

Observation XII

(Service de M. le Dr Bazy. — Recueillie par M. Mouchotte, interne du service).

Marie V... 53 ans, garde-malade, entre dans le service de M. le Dr Bazy le 7 juin 1901.

Antécédents héréditaires. — Père et mère morts de maladie inconnue. La malade sait seulement que sa mère avait de l'ascite.

Un frère mort à 46 ans de cancer de l'estomac.

Antécédents personnels. — Nuls.

Réglée à 14 ans. Les règles ont toujours été régulières, non douloureuses, peu abondantes, durant 2 jours seulement.

1re grossesse, à 20 ans.

2me grossesse, à 22 ans.

Les deux accouchements ont été normaux (spontanés à terme, par le sommet). Pas d'allaitement maternel. Suites de couches normales.

Chaque fois, le retour de couches a eu lieu au bout de 2 mois.

A partir de 30 ans, quelques pertes blanches surviennent les jours qui suivent les règles. A aucun moment la malade n'a souffert du ventre. Ménopause à 48 ans.

Maladie actuelle, — Il y a 7 mois, apparaissent des métrorrhagies. Tous les 5 ou 6 jours en allant à la selle, un flot de sang s'écoule ; chaque fois l'hémorrhagie s'arrête spontanément au bout d'un quart d'heure.

Un mois après, les hémorrhagies deviennent continues, se produisant aussi bien au repos que dans la station verticale.

Elles se traduisent par un écoulement abondant de sang liquide et l'expulsion de très volumineux caillots.

Ces pertes alternent avec des arrêts de 1 ou 2 jours. Cet état persiste jusqu'à l'époque actuelle.

Un médecin consulté fit des piqûres d'ergotine, mit de la glace sur le ventre et pratiqua des tamponnements vaginaux.

Jamais de pertes d'eau rousse.

Il y a deux mois, apparaissent quelques coliques utérines, de fortes douleurs dans les reins et des crampes légères dans les cuisses, douleurs qui, depuis, n'ont pas cessé. Les douleurs rénales sont même plus accentuées.

Depuis le début de la maladie, la malade est constipée ; elle est obligée de prendre des lavements.

Pas de troubles de la miction.

Pas d'albumine dans l'urine.

L'amaigrissement commence il y a trois mois. Jusqu'ici il a été peu accentué. Les forces ont diminué. Les téguments sont jaunes depuis le début de l'affection.

Appétit conservé.

A l'entrée dans le service, le 7 juin, M. Bazy examine la malade et trouve un col induré, béant, détruit en partie.

Derrière le col, et dans les culs-de-sac latéraux, indurations marquées.

Le corps de l'utérus est gros.

Le toucher fait saigner abondamment.

Etant donné l'envahissement des culs-de-sac vaginaux, M. Bazy propose une opération palliative, le curage et la cautérisation.

Opération, le 15 juin 1901. — Notre maître M. Bazy, ayant eu l'obligeance de nous confier l'opération, nous pratiquons celle-ci, aidé de MM. Hernandez et Wickersheimer externes du service.

Chloroformisateur : M. Taubmann.

Avec la curette de M. Bazy, curettage du col. De nombreux bourgeons saignants sont enlevés. La curette pénètre profondément. La commissure droite, la plus atteinte par le néoplasme, disparaît complètement. Bientôt il ne reste plus qu'une faible partie du col (partie antérieure et gauche). Un profond infundibulum continue le dôme vaginal. Au cours du curettage, l'écoulement sanguin est très abondant. Il s'arrête par la cautérisation au thermocautère.

Pansement, mèche de gaze stérilisée dont l'extrémité est imbibée de sérum.

Suites opératoires. — 16 juin. — Température du matin 37°1. Pansement. Plaie en bon état.

Pas d'odeur. Pas d'hémorrhagie.

La gaze n'est pour ainsi dire pas tachée.

Nouveau pansement aseptique. La température du soir est de 36° 8.

18 juin. — Pas de sphacèle. Belle plaie.

Pansement aseptique.

19 juin. — Belle plaie. Les mèches retirées sont propres. Le pansement ne sera plus fait que tous les deux jours.

Température normale.

23 juin. — Les mèches sont propres ; pas d'écoulement sanguin ; bon état général.

27 juin. — Le pansement est toujours propre mais taché de quelques gouttes de sang. L'aspect de la plaie est bon; pas de douleurs; l'appétit est augmenté.

1er juillet. — La malade se lève; un peu de sang dans le pansement; l'état général est bon; les douleurs ont complètement disparu; l'appétit normal.

La malade continue à se lever.



CHAPITRE VI

Conclusions

I. — Le curage utérin dans le cancer inopérable est adopté par la majorité des chirurgiens.

II. — Les indications en sont discutables. — Ce mode de traitement ne s'applique pas à toutes les variétés de néoplasme.

III. — Il agit en tant que modificateur des principaux symptômes dus à la lésion. — Il fait disparaître temporairement les hémorrhagies, diminue les sécrétions et atténue l'odeur des pertes.

Il semble même qu'il amène une sédation dans les phénomènes douloureux. — Ce fait est indiscutable dans les cas de rétention cavitaires.

IV. — Les traitements palliatifs habituellement dirigés contre le cancer de l'utérus à la phase terminale ne peuvent agir qu'autant qu'ils sont précédés du curage.

V. — Les contre-indications de ce mode de traitement se tirent de la forme anatomique de la tumeur, de l'état général de la malade, de l'existence de fistules multiples, de propagations pelviennes ou vaginales trop étendues. — Il est des cancers tellement diffusés qu'il ne vient pas à l'esprit d'y toucher. — Ces cas extrêmes relèvent de la morphine.

VI. — La technique que nous avons proposée présente quelques points de détail à mettre en relief. — Il n'est pas indispensable d'endormir toutes les malades. — L'éther et le chloroforme ont leurs indications qui rentrent dans le domaine de la chirurgie générale. Ils peuvent être, si l'anesthésie est jugée nécessaire, remplacés, l'un et l'autre, et avantageusement par la cocaïnisation lombaire. Ce détail a une importance: il supprime l'aide chargé du chloroforme ou de l'éther.

Nous recommandons l'usage du plan incliné pendant l'opération. Cette position permet d'employer une valve postérieure spéciale (valve à poids) qui supprime un aide.

Elle facilite l'accès de la lésion et rend plus facile le pansement intra-utérin ou vaginal.

VII. — Les soins consécutifs ont une très grande importance; il est utile, après le curage, de faire des cautérisations de la muqueuse, en ayant cependant à l'esprit la possibilité d'une perforation utérine toujours à redouter.

Vu par le Président de la Thèse,
TILLAUX.

Le Doyen, BROUARDEL.
Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

ADRIET (F). — Contribution à l'étude du grattage de l'utérus. Paris, th. de Doct., 1885, in-4, n° 5.

AYVAZIAN (Zarch). — Etude critique des traitements applicables aux cancers inopérables de l'utérus. Curettage et cautérisation, p. 30. Paris, th. de Doct., 1898, in-8, n° 100, 44 p.

BAKER (W.-H.). — Amer. Journal of Obster. 1882, p. 265; 1886, page 184.

BAKER. — New-York Medical Journal, mars 1886, p. 313.

BERNHART. — Sur un nouveau traitement des cancers inopérables de l'utérus. Centralblatt fur Gynecologie, 30 septembre 1893.

BRAULT. — 4 cancers du col inopérables. Curettages, cautérisations palliatives; 4 améliorations. Statistique d'opérations, Paris, 1897.

CHAMBERS (T.). — A case of epithelioma of the body of the uterus treated by dilatation the curette, and local application of tincture of iodine. Brit. M. J., Lond., 1874, t. I, 833.

CHAMPION. — Thèse de Paris, 1896.

COLEY (W.-B.). — Carcinoma of the uterus, curetting, marked temporary improvement. New-York, M. J., 1891, t. LIV, 227.

COULON (Ludovic). — Quelques considérations sur le traitement chirurgical palliatif dans les cancers de l'utérus inopérables. Curettage, p. 15-217. Paris, Jouve, 1895, in-8, n° 295, 51 p.

Cuellar. Du curettage employé comme méthode de traitement dans le cancer de l'utérus. Rev. méd.-chir. des Mal. des Femmes, Paris, 1891, XIII, 661-668.

Cuellar (M.). — Du curettage de l'utérus dans les affections péri-utérines, les fibromes et le cancer de l'utérus. Paris, G. Steinheil, 1891, in-8, n° 112, 118 p.

Délétrez (A.). — Carcinome de l'utérus, traitement palliatif par le curettage. Ann. Soc. méd.-chir. de Liège, 1889, XXVIII, 363-366.

Despréaux (Paul). — Du curettage de l'utérus. Indications et technique. Thèse de Paris 1888, n° 114, pages 26, 30, 46, 50.

Etheridge (J.-H.). — A note on the treatment of carcinoma of the uterus [with carbide of calcium]. J. Am. M. Ass. Chicago, 1898, XXXI, 63-68.

Etheridge (J.-H.). — The use of calcium carbide in the relief of cancer of the uterus. Clin. Rev., Chicago, 1898-99, VIII, 303-307.

Fischer. — Meine Erfahrungen über Auslöffelung der carnomatösen Portio vaginalis. Ztschr. f. Wundärzte u. Geburth., Fellbach, 1891, XLII, 339-343.

Fraipont (F.). — Du traitement palliatif du cancer utérin par le raclage. Rev. méd. Louvain, 1886, V, 153-158.

Fraipont (F.). — Du traitement palliatif du cancer utérin par le raclage. Arch. de tocol., Paris, 1886, XIII, 204-219.

Fraipont (F.). — Du traitement palliatif du cancer utérin par le raclage. Ann. Soc. méd.-chir. de Liège, 1886, XXV, 57-73.

Giverdey (De). — Traitement chirurgical des cancers utérins inopérables. Thèse de Lyon, 1894.

Goodell (W.). — Cancer of the neck of the womb treated by scraping; Douglas's cul-de-sac opened; recovery without a bad symptom; abdominal enlargement; probably due to hysteria. Buffalo M. a. S. J., 1882-83, XXII, 289-299.

Goodell (W.). — Carcinoma of the neck of the womb; removal by scraping; remarks upon the use of the hot wire in remowing the neck of the womb. Med. a. Surg. Reporter, Phila., 1882, XLVI, 234-236.

Guinard (A.). — Traitement de l'épithélioma de l'utérus et du vagin par le carbure de calcium. Bull. gén. de thérap., Paris, 1896, CXXX, 385-391.

Guinard. — Traitement de l'épithélioma de l'utérus du vagin par le carbure de calcium. Tribune méd., Paris, 1896, 2 s., XXVIII, 327.

Guinard (A.). — On the treatment of epithelioma of the uterus and wagina by carbide of calcium. New-York, Therap. Rev., 1896, IV, 61-64.

Hale (E.-M.). — Uterine sarcoma (?) curetta; hydrastis. Homœop. J. Obst., New-York, 1889, XI, 16-19.

Hegar et Kaltenbach. — Gynecologie opératoire, traduct. par le Dr P. Bar, 1885, p. 421.

Kœberle. — Gaz. hebdom., 26 février 1886, no 9, p. 140.

Kustner. — Ein operatives Palliativverfahren bei inoperablem Carninoma uteri. Centralbl. für Gynækologie, 1900, n° 361.

Livet (C.). — De l'emploi du carbure de calcium en chirurgie (et particulièrement dans le traitement du cancer de l'utérus). Paris 1856, in-4.

Lucas-Championnière. — Traitement palliatif du cancer de l'utérus par le carbure de calcium. J. de méd. et chir. prat. Paris 1898, LXIX, 344-346.

Montaigne (J.). — Contribution à l'étude du traitement du cancer de l'utérus (en dehors de la grossesse). Curettage et cautérisation ignée. Lille 1894, in-8, 62 pages.

Mundé (P.). — The treatment of cancer of the uterus with the sharpedged scoop, or curette. Am. J. illustr, N. Y. 1872-73, V, 309-335.

Nairne (J. S.). — Treatment of cancer of the utérus by excavation and cautery. Brit. M. J., London, 1891, I, 282.

Philippeau (A. F.). — ' Cancer du corps utérin inopérable ; curettage, adenopathie sous-maxillaire passagère, suppression temporaire de dix hémorrhagies et de la douleur. Gaz. de Gyn., Paris 1891, VI, 387-393.

Polaillon. — Annales de gynécologie, juillet 1882.

Pomarstri. — Traitement du cancer utérin par l'alcool. Nowy. Iekarsk in-12, 1894.

Pozzi (S.).— Curettage dans les néoplasmes utérins inopérables. In Traité de Gynécologie, p. 419.

Pozzi (Adrien). — Traitement du cancer de l'utérus. Thèse de Paris, 1883.

Ranglaret. — Un cas d'épithélioma de l'utérus traité par le carbure de calcium. Centr. méd., Commentry 1898, nº 10, 189-191.

Reclus et Forgue. — Traité de chirurgie, tome II, p. 1152. 2e édition.

Robert. — Raclage de la muqueuse utérine dans les affec tions granuleuses, ulcéreuses et carcinomateuses du col. Thèse de Concours, 1848.

Roulland. — 1899. — Traitement palliatif des cancers utérins par le carbure de calcium. Anjou méd. Angers 1899, VI, 34 38.

SCHRŒDER. — Maladies des organes génitaux de la femme. Traduction française. Paris 1886, page 323.

SCHWARTZ. — Du curettage appliqué au traitement des cancers de l'utérus ; ses accidents. Revue gén. de clinique et de thérap. Paris 1891, n° 8, p. 113.

SIMS (MARION).— Amer. Journal of Obstetric, 1879, t. XII, p. 451.

STUART NAINE. — Treatment of cancer of the uterus by excavation and cautery. Brit. Med. J. London 1891, 7 février, p. 282.

TOLOSHINOFF (N. F.). — Curetting in cancer of neck of uterus. Vrach. Vaidom. Saint-Petersburg 1882, VII, 3254-3257.

VERDELET (L.) et A. FRAIKIN. — 1899. Traitement palliatif du cancer de l'utérus par le carbure de calcium. Gaz. hebd. des Sc. méd. de Bordeaux, 1899, XX, Août 27, N° 35, 413-414.

VERDELET (L.) et FRAIKIN (A.). — 1899. Traitement palliatif du cancer de l'utérus par le carbure de calcium. Gaz. hebd. des Sciences méd. de Bordeaux, 1899, XX, 402-404.

VERDELET (L.) et FRAIKIN (A.) — 1899. Traitement palliatif du cancer de l'utérus par le carbure de calcium. Gaz. hebd. des Sciences méd. de Bordeaux, 1899, XX, 390-92.

VOITURIEZ (J.). — Du cancer du col utérin et de son traitement par le curage. J. des Sciences méd. de Lille, 1889, I, 327-335.

Vulliet (1885). — Dilatation de l'utérus comme méthode opératoire au traitement des affections intra-utérines. Bulletin de l'Ac. de médecine, avril 1885.

Wibin. — 1886. Un cas de carcinome utérin traiié par le raclage. Ann. Soc. médico-chirurgicale de Liège, 1886, XXXV, 178-180.

Paris. — Imprimerie A. MALVERGE, 171 rue Saint-Denis.